



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

CULTURA DE SEGURANÇA

Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version) para a população portuguesa

Ricardo Alexandre dos Santos Águas

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Ricardo Alexandre dos Santos Águas

CULTURA DE SEGURANÇA

Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version) para a população portuguesa

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação

Professora Doutora Clara de Assis Coelho de Araújo

Co-Orientação

Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares

Dezembro de 2016

Resumo

A segurança do doente assume uma preocupação crescente na sociedade. Não sendo somente uma preocupação dos gestores, mobiliza os profissionais bem como o cidadão para que sejam atingidos elevados níveis de qualidade. As estratégias utilizadas vão determinar o nível da qualidade dos cuidados prestados e o futuro da organização.

As unidades de cuidados intensivos são serviços altamente complexos, constituídas por equipas multidisciplinares, utilizando equipamentos de monitorização e suporte vital tecnologicamente avançados, com o objetivo de cuidar, com a máxima qualidade, o doente em estado crítico

O Safety Attitudes Questionnaire, é o instrumento de recolha de dados mais utilizado em organizações que prestam cuidados de saúde, para avaliação do clima de segurança. A sua versão para cuidados intensivos permite uma melhor perceção para estes ambientes complexos.

O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar e validar o Safety Attitudes Questionnaire – ICU version para a população portuguesa e conhecer de que forma os enfermeiros percecionam a segurança dos doentes que estão sob o seu cuidado.

O processo de tradução e adaptação seguiu a metodologia cientificamente reconhecida por vários autores. A validação do instrumento foi efetuada com tratamento dos resultados obtidos após aplicação do mesmo a 120 enfermeiros a desempenhar funções em unidades de cuidados intensivos. A sua validade e fidelidade foi avaliada com recurso a tratamento estatístico dos dados recolhidos.

Para a análise dos resultados foi seguida a mesma metodologia dos autores originais do instrumento, agrupando-se as perguntas por seis dimensões (trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação profissional, reconhecimento de stress, perceções sobre a gestão e condições de trabalho) e analisados os seus resultados.

O questionário Safety Attitudes Questionnaire – ICU versão portuguesa demonstrou possuir boas propriedades psicométricas, sendo válido e fiável para a população portuguesa. Os profissionais reconhecem a importância das questões relativas à segurança do doente, o papel que representam e o trabalho que tem que ser desenvolvido para ser atingido um patamar cada vez mais elevado da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras chave: Segurança do doente; Cultura de segurança; Unidades de cuidados intensivos; Enfermagem

Abstract

Patient safety is a growing concern in the society. Not only being a concern of managers, mobilizes professionals and citizens aiming to achieved high levels of quality. The strategies used will determine the quality level of care and the future of the organization.

The intensive care units are high complex services. Here, multidisciplinary teams provide care, using monitoring equipment and technologically advanced life support, aiming to care with the maximum quality, the critically ill patients.

The Safety Attitudes Questionnaire, is the data collection instrument most commonly used in organizations that provide health care, in order to assess the climate of security. The version for intensive care allows a better understanding for these complex environments.

The aim of this study was to translate, adapt and validate the Safety Attitudes Questionnaire - ICU version for the Portuguese population and to know how the nurses perceive patient safety for those under their care.

The process of translation and adaptation followed methodology scientifically recognized by several authors. The instrument validation was performed with use of the results obtained after applying it to 120 nurses working in intensive care units. Its validity and reliability was assessed using the statistical treatment of the collected data.

For the analysis of the results the same methodology of the original instrument authors was followed, grouping the questions by six dimensions (teamwork, safety climate, job satisfaction, stress recognition, management perception and working conditions) and analyzed its results.

The Safety Attitudes Questionnaire - ICU version, Portuguese version has demonstrated good psychometric properties, being valid and reliable for the Portuguese population. Professionals recognize the importance of issues related to patient safety, the role they play and the work that has to be developed to be reached an increasingly higher plateau of quality of care.

Key words: Patient safety; Safety culture; Intensive care unit; Nursing

Agradecimentos

Não estamos sozinhos neste mundo.

Estamos rodeados de pessoas com capacidades de amizade e ajuda que transcendem a compreensão.

Às minhas orientadores Professora Doutora Clara Araújo e Professora Doutora Salete Soares pelo empenho, incentivo e ajuda durante todo o processo de realização deste trabalho.

Às administrações das instituições que permitiram a aplicação do questionários.

Aos enfermeiros que, com o seu empenho, preencheram os questionários.

Aos meus amigos que nunca deixaram de acreditar em mim e cujo apoio e ajuda foi fundamental em todo o percurso (em especial Manuela, Amélia, Jorge, Paula, Domingos)

À minha família, pela compreensão incondicional.

OBRIGADO

À Enfermagem, para que continue a crescer...

A humanidade nunca progrediu graças à passividade ou inércia despoletadas pelo medo.

A maior parte das pessoas que alcançaram o êxito, fracassaram inúmeras vezes até lá chegarem.

Logo, os reveses devem ser encarados como uma importante etapa para o sucesso.

Jorge Sequeira

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS	-	Direção Geral de Saúde
EPE	-	Entidade Pública Empresarial
ESS	-	Escola Superior de Saúde
EUA	-	Estados Unidos da América
FMAQ	-	Flight Management Attitudes Questionnaire
ICU	-	Intensive Care Unit
IoM	-	Institute of Medicine
IPVC	-	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
KMO	-	Kaiser-Meyer-Olkin
MS	-	Ministério da Saúde
NZ	-	New Zealand (Nova Zelândia)
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PT	-	Portugal
QAS-UCIvp	-	Questionário de atitudes de segurança – Cuidados intensivos, versão portuguesa
REPE	-	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAQ	-	Safety Attitudes Questionnaire
SAQ (ICUv)	-	Safety Attitudes Questionnaire – ICU version
UCI	-	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC	-	Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia
UCICT	-	Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdio-Torácica
UCIP	-	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UK	-	United Kingdom (Reino Unido)
USA	-	United States of América (Estados Unidos da América)
WHO	-	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

RESUMO	
ABSTRACT	
AGRADECIMENTO	
DEDICATÓRIA	
PENSAMENTO	
SIGLAS E ABREVIATURAS	
QUADROS	
TABELAS	
FIGURAS	
GRÁFICOS	

INTRODUÇÃO	23
------------------	----

CAPÍTULO 1

AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	25
1.1. A organização de uma Unidade de Cuidados Intensivos	27
1.2. Enfermagem em contexto de unidades de cuidados intensivos	31

CAPÍTULO 2

A SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE	37
2.1. Clima, Qualidade e Cultura de segurança	39
2.2. Erros e Eventos Adversos	46
2.2.1. Fatores Humanos	51
2.2.2. Fatores Organizacionais.....	56
2.2.3. A comunicação do erro como processo de aprendizagem	59

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA	63
3.1. Tipo de estudo	65
3.2. Objetivos	66
3.3. O contexto, a população e amostra	66
3.4. Instrumento de recolha de dados	67
3.5. Processo de tradução / adaptação cultural do SAQ (ICUv)	71
3.6. Estudo piloto	72
3.7. Procedimentos relativos às propriedades psicométricas	73
3.8. Aspetos éticos dos procedimentos de investigação	75
3.9. Procedimento estatístico	76

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1. Caracterização da amostra	81
4.2. Análise descritiva do SAQ – ICU - tradução portuguesa	86
4.3. Propriedades psicométricas – Análise da Fidelidade e Validade do QAS-UCIvp	108
CONCLUSÕES	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

ANEXOS

ANEXO 1	- Safety Attitudes Questionnaire – ICU version
ANEXO 2	- Autorização para utilização do SAQ – ICU version
ANEXO 3	- Resposta dos autores sobre tratamento das questões não agrupadas
ANEXO 4	- Tradução do SAQ – ICU version para língua portuguesa
ANEXO 5	- Retro-tradução do SAQ – ICU version para a língua inglesa
ANEXO 6	- Safety Attitudes Questionnaire – ICU version – Tradução portuguesa

APÊNDICES

APÊNDICE 1	- Pedido de autorização para o uso do SAQ – ICU version
------------	---------------------------------------------------------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 –Dimensões da qualidade	42
Quadro 2 – Indicadores de qualidade em cuidados intensivos	43
Quadro 3 – Tipos de erro I	49
Quadro 4 – Tipos de erro II	49
Quadro 5 – Causas e fatores de ocorrência de eventos adversos	50
Quadro 6 – Tipos de controlo do indivíduo	52
Quadro 7 – Tipos de personalidade	54
Quadro 8 – Diferenças entre ser chefe e ser líder	56
Quadro 9 - Estudos adaptando e utilizando as várias versões do SAQ	68
Quadro 10 - Agrupamento das questões do SAQ nas diferentes dimensões	70
Quadro 11 – Questões constituintes do QAS-UCIvp	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Recomendações dos valores de KMO	78
Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme as características sociodemográficas (n=120)	82
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo características socioprofissionais (n=120)	82
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a formação pós-graduada (n=73)	84
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o regime de trabalho, horas de trabalho semanais e atividade em outra instituição (n=120)	85
Tabela 6 – Frequência das respostas do SAQ (ICUv) tradução portuguesa	86
Tabela 7 – Análise descritiva das respostas ao SAQ (ICUv) tradução portuguesa	89
Tabela 8 – Valores de KMO e da esfericidade de Bartlett para a tradução portuguesa do SAQ (ICUv)	91
Tabela 9 – Distribuição das questões eliminadas e valores de significância, correlações e comunalidades	92
Tabela 10 - Frequência das respostas do QAS-UCIvp após eliminação de questões... ..	94
Tabela 11 - Análise descritiva das respostas ao QAS-UCIvp	96
Tabela 12 – Resultados relativos à qualidade de colaboração e comunicação com outros profissionais	99
Tabela 13 - Resultados de ‘Outros’ relativos à qualidade de colaboração e comunicação com outros profissionais	100
Tabela 14 - Conversão dos itens da escala de Likert	100
Tabela 15 - Análise descritiva do QAS-UCIvp e comparação com benchmark de Sexton [et al.], 2006	101
Tabela 16 - Comparação das médias do QAS-UCIvp com outros estudos	103
Tabela 17 – Categorização das recomendações	105
Tabela 18 - Síntese das recomendações relacionadas com fatores humanos.....	106
Tabela 19 - Síntese das recomendações relacionadas com fatores organizacionais..	107

Tabela 20 - Coeficiente do alfa de Cronbach por dimensão e valor total	109
Tabela 21 - Correlações de Pearson entre dimensões e valores de Sig.	110
Tabela 22 - Consistência interna das questões do QAS-UCIvp	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de risco 48

Figura 2 - Representação da relação das validades com a validade total 75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação da diferença das dimensões entre o QAS-UCIvp
e o Benchmarking (Sexton [et al.], 2006) 101

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, a segurança dos doentes e a redução do erro nas práticas de saúde tem sido uma preocupação crescente de todos aqueles que nessa atividade se encontram envolvidos. De acordo com Reason citado por Mansoa (2010), estima-se que, só nos Estados Unidos da América, os custos de erros em saúde se situem entre 17 e 29 mil milhões de dólares por ano. E não é só em termos monetários que os erros têm repercussão. Representam um custo que se reflete na falta de confiança dos utentes no sistema de saúde, diminuindo a satisfação em todo o sistema e nos profissionais que o integram. Estes últimos, sofrem com a diminuição do moral e frustração de não conseguirem prestar os melhores cuidados possíveis.

Os serviços de saúde, nos dias de hoje, são cada vez mais complexos, integrando uma elevada e complicada rede de cuidados. Essa complexidade acarreta enormes desafios a todas as partes integrantes, quer seja a sociedade, o indivíduo, profissionais de saúde, governos e associações, que devem centrar as suas atenções na segurança do utente. Os elevados padrões de qualidade exigidos atualmente aos prestadores de cuidados de saúde, elevam o grau de exigência a um nível de tal forma que, a complexidade das tarefas, o ambiente onde são desempenhadas e as condições onde decorrem podem ser vistas como as principais variáveis com influência na ocorrência de erros (Fragata, 2006).

Um estudo publicado por Fernandes e Queirós (2011), que se debruçou sobre a segurança dos doentes, concluiu que os enfermeiros reconhecem a importância fundamental da qualidade dos cuidados prestados e que necessitam de melhorias. Concluiu, ainda, que o erro praticado pelos profissionais é visto como um ato punido quando é reportado e sem feedback quando é dada essa informação. Assim, a maioria dos profissionais não reporta esses erros, não reconhecendo assim os ganhos se o fizessem. O referido estudo concluiu ainda que os elementos mais jovens são mais cépticos relativamente à reportação dos erros cometidos, no que concerne aos benefícios que daí poderiam advir.

As unidades de cuidados intensivos (UCI), devido à complexidade das patologias que os doentes aí apresentam, à interdependência dos profissionais e elevada dependência de trabalho em equipa, são locais muito propícios ao erro (Kiarie, 2011). Por serem locais altamente complexos, onde se praticam cuidados diversificados e diferenciados, o erro parece sempre eminente, potencialmente grave para a segurança do doente. Assim sendo, são locais onde deve recair a atenção para reduzir ao mínimo o erro e elevar ao máximo a segurança dos doentes. Donchin [et al.] (2003), durante um estudo sobre as

causas do erro humano em UCI, concluiu que, durante um período de observação de 24 horas, cerca de 18% das atividades efetuadas não ficaram registadas de nenhuma forma. Que mais de 1000 erros humanos foram cometidos durante quatro meses. Concluíram também que 29% dos erros cometidos eram passíveis de potencialmente provocarem degradação do estado de saúde do doente. Facto verificado pelos investigadores foi que, 45% do total dos erros foram cometidos pelo pessoal médico e que 55% pelos enfermeiros, mas salientam que 84% das atividades realizadas em contexto de cuidados intensivos são efetuadas por estes últimos e o pessoal médico apenas realiza 4,7%, pelo que com base nestes dados, o pessoal médico apresentou uma taxa mais elevada de erros.

O presente trabalho surge da necessidade de conhecer a realidade portuguesa no que concerne às perceções dos enfermeiros sobre a segurança dos doentes. Trabalhar numa UCI desperta nos profissionais mais atentas perceções sobre a segurança dos doentes. Reconhecer que existem mudanças que podem ser implementadas poderá ser um primeiro passo para o alcance do desejável em todas as unidades de saúde: reduzir o erro ao mínimo e aumentar a segurança ao máximo. A cultura de segurança é, assim, fundamental para a fiabilidade de um sistema de saúde (Fragata, 2011).

Assim sendo, o objetivo geral deste estudo é o de traduzir, adaptar e validar o Safety Attitudes Questionnaire - ICU Version (SAQ (ICUV)) para a população portuguesa. Pretende-se também conhecer de que forma os enfermeiros que trabalham em UCI percecionam a segurança dos doentes que cuidam, trazendo para a prática evidências que permitirão ganhos para a saúde, cada vez mais motivo de preocupação para todos os intervenientes dos sistemas de saúde.

Não obstante toda uma variedade de situações que se podem encontrar em ambientes de cuidados intensivos, a experiência acumulada de vários anos em enfermagem, nomeadamente na área de cuidados intensivos de adultos, despertou no investigador a necessidade de compreender melhor a realidade existente, no que concerne à enfermagem e segurança do doente internado numa UCI.

Neste sentido, este estudo tem como finalidade disponibilizar um instrumento à comunidade científica portuguesa, que permita medir o clima de segurança das unidades de cuidados intensivos portuguesas, podendo conduzir à implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados e, consequentemente, ganhos em saúde.

CAPÍTULO 1

AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

1.1. A organização de uma Unidade de Cuidados Intensivos

Ao longo dos tempos, a medicina evoluiu de uma forma muito acelerada, especialmente nos períodos pós guerra. Os avanços que se foram verificando melhoraram a qualidade de vida das pessoas através do aumento do nível de cuidados de saúde (Fragata, 2006). Os cuidados de saúde obrigam a uma constante evolução pelo que, são pertinentes os desenvolvimentos científicos: novas tecnologias e um melhor conhecimento das doenças, dos sistemas e das pessoas exigem mais das organizações e assim, dos profissionais que nelas trabalham.

Acompanhando todo este desenvolvimento da medicina estão os cuidados ao doente crítico. Estes cuidados são uma componente vital para as pessoas que se encontram numa situação ameaçadora de vida. As unidades de cuidados intensivos surgiram como um desenvolvimento das unidade de recobro pós-cirúrgico e desenvolveram-se mais significativamente durante a epidemia de poliomielite que assolou a Europa e os EUA em meados do século XX. Estas passaram a ser "enfermarias especialmente equipadas, com pessoal especial treinado para cuidar de doentes críticos" (Castellheim, 2010, p. 23). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003, p. 5), são áreas diferenciadas, com multidisciplinaridade, "que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais... potencialmente reversíveis".

Ainda segundo a DGS (2003), as UCI diferenciam-se segundo três critérios: a prática (onde estão incluídas todas as ações e procedimentos inerentes às necessidades de um doente crítico como a monitorização, avaliação diagnóstico e tratamento); a avaliação (com a análise de todas as variáveis de forma a avaliar o desempenho e daí se extrair conclusões que permitem às instituições e/ou serviços adequar os seus procedimentos e necessidades) e a investigação (observando o doente no seu contexto, bem como todo o grupo de doentes da UCI para melhor compreender todo o ambiente, enriquecendo o conhecimento e desenvolvendo práticas que melhor servirão o doente internado).

As UCI são locais onde os doentes se debatem com a vida e morte, a saúde e a doença. Como refere Corte-Real (2007, p. 115), "... são locais onde a força da vida e da morte estão em constante luta". Durante muito tempo, o modelo de trabalho mais defendido era o modelo biomédico. Caracteriza-se principalmente, com base de que o doente é portador de uma doença, e a qual tem de ser tratada. A doença é vista como ausência de saúde que se caracteriza por lesão orgânica que implica o aparecimento de sinais e

sintomas, sobre os quais deverá focar a atenção (Corte-Real, 2007). Neste modelo, pode-se dizer que a principal preocupação será tratar do doente e não, cuidar do doente. Os profissionais (onde se incluem os enfermeiros) preocupam-se principalmente em utilizar os meios de diagnóstico e terapêutica para ultrapassar a doença. Valorizam a ação técnica com tendência a menosprezar a ação humana, justificando-se com o processo complicado que o doente atravessa, muitas vezes tão grave que não possui capacidade de participar no seu tratamento nem de interação com os seus 'cuidadores'. Por isto, muitas vezes os profissionais que trabalham em cuidados intensivos são vistos, essencialmente, como tecnicistas, com pouca preocupação dirigida à procura das necessidades da família e/ou comunidade.

São ambientes rodeados de tecnologia. De equipamentos capazes de monitorizar quase todas as funções vitais da pessoa e fornecer suporte vital durante grandes períodos de tempo. Estes meios complementares de diagnóstico e terapêuticos desenvolveram-se enormemente nos últimos anos, adquirindo uma enorme complexidade. São agora capazes de uma maior intervenção direta sobre o corpo da pessoa e doença, tornando-os extremamente ativos mas também potencialmente perigosos. Na área da medicina (ao contrário de outras áreas), a compra de novos equipamentos significa mais pessoal qualificado, tornando ainda mais complexo todo o sistema, aumentando assim a probabilidade de ocorrência de erros (Fragata, 2011).

A existência de vários ruídos existentes nestes contextos, relacionados com os alarmes do monitores em uso, com o normal funcionamento dos equipamentos existentes, com as técnicas efetuadas e com as conversas efetuadas pelo elevado número de pessoas presentes, perturbam a necessária concentração dos profissionais na prestação de cuidados que exigem deles um nível elevado de concentração, como sejam a preparação e administração de terapêutica (Almeida, 2002). Estas falhas na atenção do profissional podem levar à ocorrência de erros, potencialmente danosos para o doente.

Ainda segundo Fragata (2011, p. 15), "... a possibilidade de ocorrência de um incidente ou acidente resulta da complexidade da doença e ou do tratamento inerente..". Ou seja, o autor refere que quanto mais complexo for o processo de doença do indivíduo, mais complexos serão os cuidados de que precisa, sendo a probabilidade de ocorrência de um erro proporcionalmente maior.

Por isso, exige-se a todos aqueles que aí exercem a sua atividade profissional, uma constante atualização dos seus conhecimentos de forma a conseguirem oferecer cuidados de qualidade. Isto gera um esforço enorme por parte dos profissionais para

conseguirem acompanhar todas as inovações que diariamente surgem em contexto de saúde em geral e, particularmente em ambiente de cuidados intensivos.

Embora a grande maioria dos profissionais goste do trabalho que desempenha em unidade de cuidados intensivos, vivenciam muitas angústias no dia-a-dia (angustias dos doentes e família bem como as suas). A necessidade de execução de complexos procedimentos, com manipulação de inúmeros equipamentos de uma forma rápida e eficiente, evitando expor o doente a qualquer tipo de risco, são geradores de níveis de stress elevados que "... pode levá-los ao desenvolvimento de uma espécie de "prontidão paranoide" (Ferrareze, Ferreira e Carvalho, 2006, p. 311). Os mesmos autores concluíram no estudo que fizeram sobre a perceção do stress pelos enfermeiros que, "a maior parte... mostrou estar a vivenciar sintomas físicos e psicológicos" (Ferrareze, Ferreira e Carvalho, 2006, p. 314).

Nas sociedades onde nos incluímos hoje em dia, é cada vez mais reconhecida a importância da satisfação no local de trabalho. O desempenho profissional deverá ser encarado como forma de o individuo alcançar a realização profissional, em vez de ser, simplesmente, uma forma de daí tirar dividendos financeiros (Azevedo, 2011). Um profissional satisfeito produzirá mais e melhor, assegurando os elevados padrões de qualidade que todos profissionais que prestam cuidados diretos à população e os gestores (incluindo os de serviços de saúde) ambicionam.

Nesta perspetiva, um ambiente saudável, onde todos os intervenientes interagem de forma a ser atingido o objetivo comum, torna-se fundamental. Nas UCI, pela complexidade de situações que se geram a todo o momento, este 'ambiente saudável' é constantemente posto à prova. Continua a ser importantíssima a responsabilidade dos profissionais na gestão deste fator. Para melhor se conseguir chegar a um patamar de perfeição (por muito considerado utópico), a comunicação entre os grupos é uma peça fundamental que deve ser tida em conta.

A comunicação, por definição, significa *partilhar informação*. E essa partilha tem que ser feita nas melhores condições. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008 definiu que a comunicação efetiva é essencial para a segurança do doente (WHO, 2008). A comunicação em cuidados de saúde pode ser dividida em dois tipos: entre o doente (ou família) e o profissional de saúde; e entre os profissionais de saúde.

A comunicação entre o paciente e o enfermeiro é muito complexa tendo-se, grande parte das vezes, de se recorrer à linguagem não verbal para se transmitir o pretendido. Durante esta interação, recorre-se à avaliação da linguagem corporal do doente para se poder interpretar a informação que ele pretende transmitir. Os profissionais de saúde mais

experientes adquirem, com o passar do tempo, as suas próprias estratégias de comunicação, adaptando-se ao indivíduo que cuidam. Por parte do doente, alguns não sabem ou não conseguem ler, apresentam uma diminuição da acuidade auditiva ou então, muito comum neste tipo de ambientes, apresentam um estado neurológico que não permite uma eficaz transmissão da informação.

Entre profissionais de saúde, a comunicação é muito mais formal e técnica, tendo um papel preponderante na ocorrência de erros. Passagens de turno incompletas, letra ilegível, verbalização pouco clara, ruído, relações interpessoais difíceis ou mesmo comunicação inexistente, são factores que condicionam significativamente a segurança do doente (WHO, 2008).

Contudo, as técnicas de comunicação podem ser ensinadas. Em várias organizações, como alguns exércitos ou na aviação, os elementos mais sénior são ensinados a ouvir com respeito o pessoal mais novo, no que se refere a assuntos de segurança. Aos líderes dos cuidados de saúde, em especial em ambiente de cuidados intensivos, pede-se que tenham comportamentos de liderança, encorajando todos os elementos da equipa a manifestarem as suas preocupações no que respeita à segurança dos doentes.

Em ambientes de cuidados intensivos, os factores de distração assumem um papel preponderante nas falhas de comunicação. O Enfermeiros, muitas vezes, envolvem-se num tão elevado número de tarefas, necessitando de atenção a vários factores em simultâneo, levando a que, se a comunicação não for eficiente, o erro eminente, acaba por acontecer com consequências potencialmente graves para o doente. Todos os elementos da equipa devem-se preocupar em transmitir a mensagem tendo em conta o receptor. Este último, se não compreender corretamente a mensagem que recebeu, não irá adequar as suas ações ao que se realmente se pretende dele.

Considera-se então que a comunicação possui quatro “oportunidades” para falhar: a mensagem pode ser muito complicada (ou mesmo abstrata) para o receptor; a transmissão da informação pode ser interrompida; a capacidade do receptor receber a mensagem pode ser comprometida devido a factores cognitivos, culturais ou psicológicos e, finalmente, o emissor da mensagem não conseguir verificar se a mensagem foi recebida e compreendida.

Assim, as organizações necessitam de estar alerta para todos estes factores que condicionam um ambiente tão complexo onde se vê combinada tecnologia avançada com profissionais de saúde altamente qualificados na prestação de cuidados ao doente crítico, possuidores, ainda assim, de todas as características inerentes à pessoa humana.

1.2. Enfermagem em contexto de unidades de cuidados intensivos

O papel do enfermeiro nos cuidados de saúde é há muito reconhecido como fundamental, verificando-se uma grande evolução nos últimos tempos. A bibliografia disponível sobre o assunto, estabelece o aparecimento da enfermagem a um período específico da história. Florence Nightingale é nome incontornável na análise histórica da profissão. Momentos de conflitos e guerras trouxeram consigo grande avanços nas mais variadas áreas do conhecimento. Lamentando-se todas as perdas de vida nesses episódios da história mundial, não se pode deixar de reconhecer os avanços e ganhos que se conseguiram para a sociedade ao longos dos tempos. O mesmo se passa na área de enfermagem. Assim, os escritos de Florence Nightingale serviram, durante muitos anos, para orientar as práticas de enfermagem. Desde a primeira escola de enfermagem, surgida na Alemanha, todas as outras que foram surgindo pelo mundo (e em Portugal sem exceção), adotaram as suas doutrinas, como guia para o desenvolvimento das competências do enfermeiro para melhores cuidados prestar aqueles que deles necessitam.

Por volta de 1950, reconheceu-se que era necessário ir mais além na preparação dos enfermeiros para novos desafios que se apresentavam para a profissão. O *Teachers College* (Universidade de Columbia), começou a desenvolver programas educacionais de graduação para o preenchimento dessas necessidade funcionais. Focaram-se no que os enfermeiros faziam, bem como “os seus papéis funcionais”. A sua preocupação assenta num modelo biomédico em que são considerados os problemas do doente e na sua abordagem de uma forma prática (George [et al.], 2000). Desde então, muitos desenvolvimentos se têm verificado no pensamento da enfermagem, nomeadamente no desenvolvimento de muitas teorias de enfermagem. Se algumas teorias não vingaram no pensamento da enfermagem, outras mostraram-se muito relevantes em novas formas de pensar a profissão, os profissionais, os doentes e tudo o que os rodeia e influencia.

Também em Portugal se têm verificado muitas evoluções nesta área. A enfermagem tem-se assumido como uma parte importantíssima para o desenvolvimento de uma sociedade moderna sendo-lhe reconhecido, quer pelos órgãos de soberania, quer pela população em geral, valor insubstituível e fundamental.

Como refere Deodato (2010, p. 15), “a enfermagem, enquanto disciplina relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados às pessoas, às famílias, aos grupos e à comunidade....”. Assim, no ano de 1998, o governo português criou a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhecendo que os “enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica de maior

relevância para o sistema de saúde...” (OE, 2003). A criação da OE e do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), é reconhecida, por todos como um marco fundamental para o desenvolvimento da profissão. Esta surgiu da necessidade de regulamentar o exercício profissional da enfermagem, definindo e reconhecendo as competências do enfermeiro. Este marco na história dos cuidados de saúde em Portugal, trouxe uma nova forma de pensar a enfermagem, os enfermeiros, o doente e os cuidados a eles prestados.

A visão geral da enfermagem é a de que se trata de um processo relacional entre o prestador de cuidados (enfermeiro) e o receptor dos mesmos (doente/cliente). Que o primeiro veja o segundo de uma forma holística, em que todos elementos que o integram, juntos, fazem a pessoa a necessitar de cuidados (George [et al.], 2000).

Esses cuidados consistem em intervenções do enfermeiro “concretizado numa e com uma pessoa, ... verificando-se nela a produção de resultados” (Deodato, 2010, p. 16). Este autor ainda defende que “o enfermeiro procura a ação adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele eticamente boa para a pessoa em causa”.

Com todo o desenvolvimento da profissão de enfermagem, desenvolveu-se paralelamente a autonomia das suas ações. Mas é nos últimos anos que mais se tem notado uma evolução/revolução nesta área. As escolas de enfermagem habilitam cientificamente, tecnicamente e humanamente o enfermeiro para a prestação de cuidados.

A complexidade das práticas da enfermagem exigiu dos profissionais um assumir das suas práticas. Este assume profundamente as suas competências técnicas e científicas, a prestação e gestão dos cuidados prestados, bem como o desenvolvimento profissional necessário para a sua prática profissional (OE, 2012).

Assim, por forma a realizar o seu trabalho com qualidade, o enfermeiro necessita de uma cada vez maior autonomia no desenvolvimento das suas prestações (Alves [et al.], citado por Santos, 2012).

Em ambiente de cuidados de intensivos, a exposição a situações de risco de vida, os enfermeiros devem estar munidos de todos os instrumentos necessários (referidos anteriormente) de forma a atuarem prontamente, de forma a dar resposta às situações inesperadas que rodeiam um doente crítico internado em cuidados intensivos. Neste tipo de serviços, o enfermeiro, perante um alarme clínico, toma a decisão de atuar de imediato ou não, avaliando a perigosidade para a integridade física do doente. Com esta autonomia, vem a responsabilidade de assumir que a sua ação foi a mais adequada para

o cenário com que se deparou. É-lhe exigido um grande conhecimento técnico e científico, bem como capacidade de gerir tudo o que o rodeia de forma a otimizar as respostas que dá.

A complexidade do contexto de cuidados intensivos exige a presença de profissionais de várias áreas, todos eles reclamando para si autonomia nas suas ações. De facto tem de haver uma grande interação entre as várias áreas, concertando-se esforços no que é mais importante para o doente naquele momento. Todos os profissionais devem possuir os conceitos da sua autonomia, bem como a dos outros para que o conflito não surja e possa prejudicar os resultados e, conseqüentemente o doente crítico, altamente dependente dos que o rodeiam (muitas vezes sem capacidade de comunicar com eles ou tomar as suas próprias decisões). Assim sendo, e como refere Deodato (2010, p. 46), “o enfermeiro, sendo juridicamente um profissional autónomo, exerce o seu poder de tomar de decisões de cuidado”.

Azevedo (2011, p. 41), na sua análise da confiança refere que “é intrínseco às pessoas uma determinada propensão para a confiança, mesmo antes de existir uma relação de confiança entre duas pessoas”. Já Deodato (2010, p. 29), numa reflexão sobre a ação, refere que “a origem da decisão funda-se na capacidade, entendida como poder, própria da pessoa capaz” e que “este poder..., é próprio do ser humano que se apresenta aos outros como um ser livre”.

Este poder e autoconfiança que o enfermeiro adquire ao longo da sua atividade profissional, permiti-lhe construir em si confiança nas suas avaliações, decisões e reavaliações e, em consequência, otimizar as suas ações às necessidades que o doente apresenta. Este poder não surge pelo número de funções que exerce mas sim pela sua complexidade, relevância e visibilidade (Azevedo, citando Kanter, 2011).

De facto, ao se estudar a história da enfermagem em Portugal, reconhecem-se enormes avanços, nomeadamente nos últimos 30 ou 40 anos. Se no passado, o papel do enfermeiro era limitado à execução essencialmente de técnicas, nos dias de hoje, sendo um curso superior, o nível de exigência intelectual é incomparável. Reconhece-se a importância que a enfermagem teve no passado, tanto no papel relevante da prestação de cuidados de saúde às populações, como de todo o trabalho feito que trouxe a uma enfermagem do século XXI, saber, reconhecimento e uma cada vez maior importância nas sociedades modernas.

Nessa sequência, a existência da OE trouxe consigo (desde a sua criação) novas responsabilidades ao enfermeiro bem como o despertar de que desempenha um papel fundamental em todo o universo da prestação de cuidados de saúde.

No Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, foi definido o exercício profissional do enfermeiro. Nele reconhecem-se que as intervenções desempenhadas pelos enfermeiros são autónomas e interdependentes e que estes “organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção”. Ora, com a promulgação deste Decreto-Lei, vieram novas responsabilidades para os enfermeiros, para as escolas de enfermagem e universidades de todo o país.

Correia (2012, p. 169), no seu estudo sobre o processo de construção de competências dos enfermeiros que desempenham funções em UCI, refere que “as interações desenvolvidas pelos enfermeiros constituem um aspeto fulcral nas suas intervenções e na aquisição e desenvolvimento das suas competências”. Esta autora, defende existirem cinco itens fundamentais que integram o processo de construção de competências dos enfermeiros. Estes, permitem perceber que, durante o ‘crescimento’ do enfermeiro como pessoa e profissional, se desenvolvem em si competências únicas e particulares que o vão caracterizar de uma forma única, bem como a forma como se vai comportar nos mais variados ambientes. São eles:

- “a formação académica, com suporte de saberes que foram adquiridos ao longo do percurso realizado
- a qualificação da experiência vivida ao longo do percurso já feito, que se reporta a enfoques distintos, englobando a diversidade das experiências
- a vivência das “coisas da vida” a nível social, familiar, grupal que contribuem para estruturar o SER em cada pessoa
- os atributos pessoais que nos identificam e individualizam enquanto seres humanos
- assim como os contextos de exercício profissional específico com as oportunidades, desafios e as motivações que fazem preservar no caminho de encontro às respostas mais qualificadas”

(Correia, 2012, p. 168)

Assim como não é fácil explicar como determinada pessoa adquire determinadas características, também não se pode explicar as competências do enfermeiro de cuidados intensivos (CI) de uma forma simplista. Em todo este processo, inclui-se a pessoa, os seus conhecimentos e o contexto onde se insere (Serrano, Costa e Costa, 2001)..

Tendo em vista uma adequação dos seus conhecimentos de forma a dar resposta a uma cada vez mais exigente profissão, o enfermeiro deverá estar consciente que se encontra numa área em constante evolução, com o constante aparecimento de novos saberes. A formação pessoal sedimenta e atualiza os conhecimentos que possui, permitindo-o desenvolver-se como profissional com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de excelência ao cidadão e/ou à comunidade.

Ora, os ambientes em UCI, sendo tão complexos são extremamente exigentes para os profissionais que nelas trabalham. Os enfermeiros, sendo uma parte fundamental deste tipo de ambiente, necessitam também de desenvolver constantemente os seus conhecimentos. A necessidade de frequência de ações de formação, encontros multidisciplinares (congressos, simpósios), pós-graduações, especializações, mestrados e/ou doutoramentos deverão estar presentes na consciência dos enfermeiros que cuidam de doentes críticos. O presente trabalho de investigação é um exemplo da necessidade do investigador em desenvolver os saberes adquiridos durante a sua experiência profissional e em adquirir novos conhecimentos por forma ao seu desenvolvimento quer pessoal quer profissional.

A comunidade científica, cada vez mais ativa e preocupada em partilhar conhecimentos adquiridos, preenche o calendário de ações que, são oportunidades para os profissionais refletirem sobre as suas práticas, trocarem conhecimentos e levarem para os seus contextos novas formas de abordar as situações que se lhes deparam no dia a dia da sua prestação profissional.

Foi pelo reconhecimento dos cuidados altamente qualificados que são prestados em UCI, que a OE publicou o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica” em 2010.

Nesse documento (OE, 2010, p. 2), foram definidas as competências que se espera que o enfermeiro, especialista nesta área, possua. Espera-se que cuide “da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, que dinamize “a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação” e que maximize “a intervenção na prevenção e controlo de infeção... face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Espera-se que o enfermeiro especialista seja detentor de conhecimentos diferenciadores, que lhe permitam abordar as questões do doente crítico de uma forma mais holística, percecionando e relacionando todas as questões que se encontram patentes em ambientes complexos onde a pessoa corre sérios riscos de vida e se encontra altamente dependente de ajuda diferenciada dos profissionais que a assistem.

Pretende-se que ele faça a diferença e que, essa mesma diferença, seja observada e reconhecida de uma forma positiva pelos seus pares, pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar e pelos doentes e famílias que se encontram envolvidos numa situação de doença crítica.

É por isso que os enfermeiros não desistem em perseguir novos conhecimentos e desenvolver a qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Mas, para além desse esforço em adquirir novos saberes, os enfermeiros têm demonstrado necessidade de que lhes seja reconhecido o desempenho na sua prática profissional diária. E esse reconhecimento passa pela adequação das qualificações relativamente ao posicionamento na carreira profissional e consequentemente o correspondente posicionamento salarial, transversal a todas as áreas da enfermagem. Este assunto é mais sensível quando os enfermeiros, em trabalho por turnos, veem pouco reconhecimento pelo esforço que desenvolvem em garantir a continuidade de cuidados aos doentes, com todo o esforço e implicações na sua saúde e vida pessoal e social.

Narumi [et al.] (1999), citado por Abreu (2012, p.252), referem que existem determinados turnos mais suscetíveis de levarem a erros. Referem que “os turnos de elevado risco para a ocorrência de erros humanos são: turnos da tarde; dois turnos da tarde consecutivos; turnos da tarde seguidos de turnos da noite; e turnos da noite seguidos de férias”. Os autores reconhecem que, embora a carga de trabalho seja, normalmente, superior no turno da manhã, o nível de ocorrências de erros é menor, relacionando esse facto a existirem mais enfermeiros nesse turno. Também a necessidade de efetuarem longas horas de trabalho seguidos, turnos extras, falta de dias ou horas de descanso suficientes são outros fatores que promovem a ocorrência de erros (Steinwachs [et al.], 2004). O mesmo autor refere também que turnos com duração superior a 12 horas estão relacionados com o aumento de ocorrência de erros.

Ora a correção das situações referidas anteriormente poderiam levar a uma redução da ocorrência dos erros pelos enfermeiros, sabendo-se, no entanto, as limitações com que as organizações de saúde se deparam hoje em dia, nomeadamente financeiras, com todas as consequências conhecidas que consigo trazem.

CAPÍTULO 2

A SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

2.1. Clima, Qualidade e Cultura de Segurança

No passado da humanidade, os cuidados de saúde eram básicos e pouco eficazes, limitados pelos meios escassos disponíveis bem como pelo desconhecimento das patologias (Fragata, 2011). A tecnologia era praticamente inexistente, limitando-se a artefactos desenvolvidos pelos prestadores dos cuidados. O desconhecimento fazia com que, efeitos colaterais desses cuidados, não fossem reconhecidos como tal mas antes uma direta consequência da doença em si.

No presente, essa situação não podia estar mais diferente. O conhecimento científico desenvolveu-se enormemente e continua a se desenvolver a cada minuto que passa. Os meios técnicos e farmacológicos que hoje se encontram disponíveis aos prestadores de cuidados de saúde, trazem uma enorme eficácia da medicina, mas também riscos associados que podem ter consequências graves (Fragata, 2011).

Assim sendo, novos e melhores métodos de reconhecimento e previsão de erros devem ser desenvolvidos, através da compreensão de todos os processos mentais envolvidos. Isto poderá permitir identificar os processos cognitivos que envolvem as ações, explicando não só a qualidade da performance mas também a previsibilidade da falha humana (Reason, 1990).

Se o melhor conhecimento do ser humano ajuda a compreender a sua ação (onde se incluem os sucessos e falhas), permite também tomar consciência dos riscos que a ação humana acarreta. A prática de prestação de cuidados é cada vez mais reconhecida como um conjunto de atos de risco. Risco para quem recebe os cuidados, que pode ver a sua integridade posta em risco, mas também para os profissionais que os prestam. Estes, para além de cada vez mais serem escrutinados o seu trabalho através de uma população mais informada, correm riscos para a sua saúde física e profissional (Fragata, 2011).

A prática executada nos hospitais, é muitas vezes comparada com a indústria da aviação, por serem duas áreas extremamente complicadas, com resultados, muitas vezes, extremamente gravosos para os utilizadores (doentes ou passageiros). Em ambas as áreas, os trabalhadores são altamente treinados, usando equipamentos de alta tecnologia e usando capacidades cognitivas complexas (Leape, 1994). Assim, a ocorrência de erros, não só põe em causa a vida e os bens dos intervenientes, mas também é extremamente prejudicial para o negócio de uma companhia (Reason e Hobbs, 2003).

Atualmente, é aceite que uma cultura de segurança é fator fundamental para a sobrevivência de uma instituição de saúde e de tudo aquilo que representa para a sociedade que serve. As preocupações crescentes dos gestores de serviços em saúde relativas à cultura de segurança dos doentes reconhecem-se no enfoque que cada vez mais dão a esta questão e a sua direta relação com a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

De facto, a qualidade dos cuidados está cada vez mais na ordem do dia, movimentando a sociedade e os profissionais no sentido de analisarem, planearem e avaliarem os mesmos, de forma a se atingir os mais elevados padrões.

E as preocupações dos vários intervenientes não recaem somente sobre os cuidados de saúde. Assuntos como limpeza, manutenção, alimentação, ambiente e pessoal devidamente qualificado em todas as áreas de suporte da instituição são reconhecidos como essenciais para um bom funcionamento de todo o processo de apoio ao cliente. Com este processo pretende-se que siga os mais elevados padrões de qualidade, já que, nos dias que correm, podem ser fatores fundamentais para o financiamento das instituições, quer sejam privadas ou integradas no sistema nacional de saúde português.

Florence Nightingale, no século XIX, foi a primeira a abordar a qualidade dos cuidados de saúde. As suas reflexões surgiram da observação dos cuidados que eram prestados nas várias instituições que visitou e prestou cuidados. Mas, a definição de qualidade nos cuidados de saúde, varia entre diferentes países e, mesmo dentro do mesmo país pode variar entre diferentes instituições.

O National Quality Board do Reino Unido (2011), refere que a qualidade só pode ser atingida se três domínios do cuidado forem atingidos: a eficácia, a segurança e a experiência dos pacientes relativos aos tratamentos e cuidados prestados.

Mas qualidade exige-se a um qualquer serviço que é prestado. Vários autores definem qualidade de forma ligeiramente diferente mas perseguindo sempre o mesmo objetivo. O Concelho da Europa, citado por Castellheim (2010, p.73), define qualidade de cuidados como “o grau em que o tratamento prestado aumenta as chances do paciente adquirir os resultados esperados e diminuiu as chances de resultados indesejados”. Já Fragata (2011) definiu qualidade como: os serviços que vão de encontro às expectativas do recetor. O consumidor final, ou seja, o doente (no caso de cuidados de saúde) é que poderá definir o que para si é qualidade, podendo isto trazer grande subjetividade ao tema. Contudo, existem entidades que regulam este processo no sentido de medir os parâmetros de qualidade e ajudar as instituições a atingirem elevados padrões de performance, melhorando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

As instituições ou serviços, ao serem acreditadas veem reconhecidos os esforços que desenvolvem para a melhoria da segurança e excelência dos cuidados.

A definição de qualidade, trás por si só grande complexidade ao entendimento do que é um serviço de qualidade. Vários intervenientes incluem-se neste processo pelo que se torna difícil definir um padrão único que sirva a todos. O nível de exigência de um prestador de serviços pode estar acima do expectável para um consumidor e muito abaixo do esperado para o outro.

É aqui que entram as várias entidades reguladoras que combinam conceitos e classes, definem normas e orientações que abrangem todas áreas dos cuidados e promovem e implementam políticas baseadas na evidência (DGS, 2011).

O Ministério da Saúde (2009) refere que os cuidados de saúde devem ser universais com garantia no seu acesso e em igualdade para os seus utilizadores. Reconhece também que, uma sociedade cada vez mais informada e com consciência social, identifica mais facilmente os erros, interpretando-os num quadro de eventual responsabilidade.

Nessa sequência, o mesmo ministério, através do despacho nº 14223 (2009,p. 24668), estabeleceu estratégias que os serviços de saúde deverão seguir. São elas:

1. “Qualidade clínica e organizacional
2. Informação transparente ao cidadão
3. Segurança do doente
4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde
5. Gestão integrada da doença e inovação
6. Gestão da mobilidade internacional dos doentes
7. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos”

Em 2001, o Institute of Medicine (IoM) , dos EUA realçou, no seu relatório, seis objetivos para a melhoria dos cuidados de saúde. Estes princípios, visam ajudar a providenciar uma orientação para os gestores de cuidados de saúde, reguladores e outros, de forma a implementarem a melhoria dos cuidados de saúde. Cada um desses itens, são componentes fundamentais para a qualidade em saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Dimensões da qualidade

Segurança	Evitar danos para o paciente
Eficácia	Cuidados baseados no conhecimento científico
Centrado no doente	Cuidados com respeito pelo doente e suas necessidades, preferências e valores
Em tempo útil	Reduzir o tempo de espera, evitando demoras para os pacientes e para aqueles que prestam cuidados
Eficiente	Evitar o desperdício, em especial de equipamento, materiais, ideias e energia
Equitativo	Providenciar cuidados que não variem em qualidade das características pessoas, género, etnicidade, localização geográfica ou status socioeconómico

Adaptado de Institute of Medicine (2001).

Pode-se assim verificar que, para atingir elevados níveis de qualidade em cuidados de saúde, inúmeros fatores deverão ser tidos em conta. A segurança dos doentes vem em primeira linha, andando sempre a par com a qualidade dos cuidados de saúde. É reconhecido que uma instituição ou serviço que presta cuidados de saúde de qualidade, terá que ter elevados padrões de segurança. Os doentes, prestadores de cuidados e aqueles que os pagam, necessitam estabelecer uma relação de confiança no sistema, exigindo dele uma transparência tanto interna como externa (Fragata, 2011).

Ora para se obterem resultados que se possam apresentar a todos os intervenientes, são necessárias estratégias de recolha de dados que possam dar, ao investigador, matéria para analisar e daí tirar conclusões.

Os indicadores de qualidade, sobre os quais nos dias de hoje se presta muita atenção, permitem avaliar diferentes aspetos da performance dos intervenientes. Funcionam como ferramenta para levar à mudança de comportamentos, de forma a serem atingidas as metas definidas para a instituição. Esses indicadores terão, obrigatoriamente, de ser adaptados ao ambiente onde se pretende extrair resultados. Os indicadores de qualidade tidos em conta em ambiente de cuidados intensivos não podem ser extrapolados para contextos diferentes de prestação de cuidados, mesmo que se encontrem na mesma instituição.

São exemplos de alguns indicadores de qualidade e segurança em cuidados intensivos os observados no quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores de qualidade em cuidados intensivos

I.	Ventilação Mecânica	<ul style="list-style-type: none">• Posição do tubo orotraqueal• Cabeceira do doente elevada• Pressão do cuff do tubo orotraqueal• Higiene oral• Prescrição de terapêutica gastro-protetora
II.	Sedação	<ul style="list-style-type: none">• Nível de sedação adequado• Monitorização do nível de sedação• Pausa diária de sedação
III.	Medicação	<ul style="list-style-type: none">• Existência de erros de medicação• Terapêutica prescrita corretamente, de acordo com normas• Existência de prescrição de medicação anticoagulante
IV.	Cateteres venosos e arteriais	<ul style="list-style-type: none">• Monitorização dos cateteres e locais de inserção• Cumprimento de normas na técnica de inserção• Cumprimento das normas na substituição do penso
V.	Gestão	<ul style="list-style-type: none">• Uso apropriado de terapêutica profilática de hemorragia gastro-intestinal e de tromboembolismos• Uso apropriado de nutrição entérica precoce• Gestão precoce de situações de sépsis• Rastreio séptico à admissão do doente• Gestão da analgesia• Gestão do transporte do doente crítico
VI.	Complicações	<ul style="list-style-type: none">• Pneumonia associação à ventilação mecânica• Extubação accidental• Remoção accidental de cateteres• Infecções associadas a cateteres• Pneumotórax associada à introdução de cateter venoso central• Morte associada a embolia• Úlceras de pressão• Taxa de infeção (percentagem de infeção de agentes multi-rsistentes)

Adaptação de Castellheim, 2010

Os indicadores de qualidade que hoje em dia são usados em unidades de cuidados são em número elevado (no quadro 2 descrevem-se os considerados mais relevantes) não sendo uma listagem estática. De facto, continua-se a verificar o surgimento de novos indicadores considerados, pelos investigadores, como importantes para segurança do doente e representativos da qualidade dos cuidados prestados nesses serviços.

O Ministério da Saúde, no despacho nº 3635/2013 (p. 8529), determina que

“... é necessário estabelecer exigências, que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondem aos critério de qualidade definidos...”.

No mesmo despacho (p. 8529), referem-se ainda os aspetos que devem ser incluídos como sejam

“...a informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, a qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, a gestão integrada da doença e a inovação, bem como a avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores dos serviços de saúde”.

Provonost e Rubenfeld (2009, p.132), reuniram estratégias de implementação que podem ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados e, consequentemente a segurança. São elas.

- **Bundles** - reunir intervenções estabelecidas e relacionadas, por forma a melhorar a sua implementação.
- **Protocolos** - ordens estruturadas que permitem implementar terapias de acordo com critérios específicos
- **Checklists** – lembretes de listas de procedimentos, antes ou depois da implementação
- **Auditorias e feedback** – avaliação periódica dos processos e distribuição dos resultados
- **Funções automáticas** – decisões parametrizadas em sistemas de informação que permitem limitar o aparecimento do erro.
- **Marketing social** – uso de pósteres, email ou folhetos, para disseminar a informação e dar encorajamento para mudança de comportamentos.
- **Lideranças assertivas com capacidades reconhecidas** – indivíduos influentes para serem respeitados pelos seus pares.

Assim sendo, compreendendo e aplicando os critérios de qualidade pretende-se, paralelamente a outros factores, melhorar a segurança dos cuidados prestados ao doente, melhorando os resultados obtidos, aumentando a confiança de todos os intervenientes no sistema tão complexo que é o da saúde.

Os estabelecimentos de saúde estão destinados a prestar assistência a quem os procura. Os hospitais são cada vez mais estruturas altamente complexas, com múltiplas atividades e altamente diferenciadas. O pessoal que aí desenvolve as suas atividades profissionais encontra sempre novos desafios que advêm (como já foi referido anteriormente) do desenvolvimento da ciência. Essa complexidade crescente nos nossos

estabelecimentos de saúde traz consigo um aumento da possibilidade de ocorrência de erros.

A população procura nessas instituições, cuidados que a levem de um estado de doença a um estado potencial de cura. A última coisa que esperam encontrar é mais problemas para o seu estado, potenciado por erros cometidos por aqueles em quem confiam a sua integridade. A população procura, cada vez mais, cuidados de qualidade com o mínimo de risco possível.

Ora, numa sociedade cada vez mais informada, prestadores de cuidados (quer sejam as instituições ou prestadores de cuidados diretos) e doentes/clientes, devem ter presente os seus deveres, bem como os seus direitos. Para isso, devem ter em conta as dimensões jurídicas e constitucionais para a segurança do doente.

A DGS, num relatório técnico publicado em 2011, onde é detalhada a estrutura da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, refere a resolução de 2002 da OMS onde é feito um apelo a todos os países membros para que “prestassem mais atenção ao problema da segurança do doente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica necessária para melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados” (DGS, 2011, P.4).

A mesma entidade (DGS, 2011, P.14) refere que segurança é “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável” e que, em termos de segurança do doente, o mínimo aceitável “refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo”. A mesma instituição define segurança como “a condição de estar a salvo de sofrer ou causar dano, lesão ou perda” e que “a segurança emerge da interação dos componentes do sistema, não reside num indivíduo, dispositivo ou departamento”

A OMS defende que a segurança do doente deverá ser o principal fundamento dos cuidados de saúde e admite que o processo de prestação de cuidados contém um certo grau de insegurança (WHO, 2009).

2.2. Erros e Eventos Adversos

Melhorar a segurança do doente, é muitas vezes sinónimo de prevenir o erro. Embora, para isso, não se deva limitar a nossa atenção a esse factor, não existem dúvidas que perceber o erro é fundamental. É reconhecido que ele existe e que apresenta enorme influencia na percepção de segurança.

Dados do Conselho Europeu (2009) referem que entre 8 e 12% dos doentes internados em unidades de saúde, são vítimas de eventos adversos quando recebem cuidados de saúde. A mesma entidade diz que cerca de 4,1 milhões de doentes por ano são vítimas de infeções associadas a cuidados de saúde e que, 37 000 deles, acabam por morrer.

Embora o Conselho Europeu também reconheça que os vários países europeus se encontram em diferentes níveis de desenvolvimento, acrescenta que esses eventos podem ser prevenidos, parecendo ter origem em efeitos sistémicos.

Estes dados permitem despertar consciências para o problema e formas de minimizá-lo. Para isso, é importante reconhecer que o erro tem um movimento próprio, sendo extremamente importante identificá-lo e conhecê-lo (Fragata, 2011).

O erro humano é um assunto muito vasto. Em meados dos anos 70, verificou-se desenvolvimentos na área da psicologia cognitiva que levou a melhores métodos para redução do erro, através de um melhor entendimento dos processos mentais e de uma melhor visão dos processos cognitivos de controlo, que permite prever a variações da falibilidade humana (Reason, 1990).

Mas afinal quando se fala de erro, como o podemos definir? Fragata (2011, p.22), define-o como o “desvio de um resultado em relação a um plano preestabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo, que por isso não se consegue”. A DGS (2011, p. 15) partilha a definição do autor referido anteriormente, acrescentando também que estes “podem manifestar-se por prática da ação errada... ou por não conseguir praticar a ação certa”.

Reason (1990, p.39), num dos seus estudos sobre o erro, definiu-o “termo genérico aplicado todas as ocasiões em que um plano de uma sequência mental ou física falha em se atingir o resultado pretendido”.

O erro é inerente à humanidade. É portanto um facto que nunca deixará de existir mas que se pretende que seja mantido a um nível mínimo e/ou que cause o menor dano. Na escala animal, muitas vezes adaptam-se comportamentos para se protegerem dos erros, alimentando a teoria evolucionista de Darwin. O ser humano, com a consciencialização

do seu comportamento e da sua vulnerabilidade, esforça-se para ajustar as suas ações, com o estabelecimento de estratégias, para tentar salvaguardar o seu maior bem, ou seja, a sua integridade física e mental.

Mas a frase “errar é humano”, serviu durante vários séculos para eliminar a culpa de quem os comete em variadíssimas situações, mesmo que fosse rodeado de conotações negativas, de falhas, frustração e culpa individual (Fragata, 2006).

Muitas vezes, ao serem referidos os processos de ocorrência de erros, fala-se em eventos adversos. Os eventos adversos não implicam erros. Podem causar ou simplesmente levar a transtornos do sistema. Os eventos adversos, definido como uma lesão causada por intervenção do prestador de cuidados e não fruto da doença ou condição do doente (IoM, 2000), foram e continuam a ser alvo de grande atenção da comunidade científica. Segundo dados do IoM (2000), num estudo realizado em 1984, em Nova Iorque, foram estudados aleatoriamente 51 hospitais. De entre os 30.000 doentes sobre os quais recaiu o estudo, ocorreram 3,7% de eventos adversos sendo que 58% atribuídos a erros e 27,6 a negligência. Relevante é que 13,6% deste eventos ocorreram em morte do paciente e 2,6% em danos permanentes.

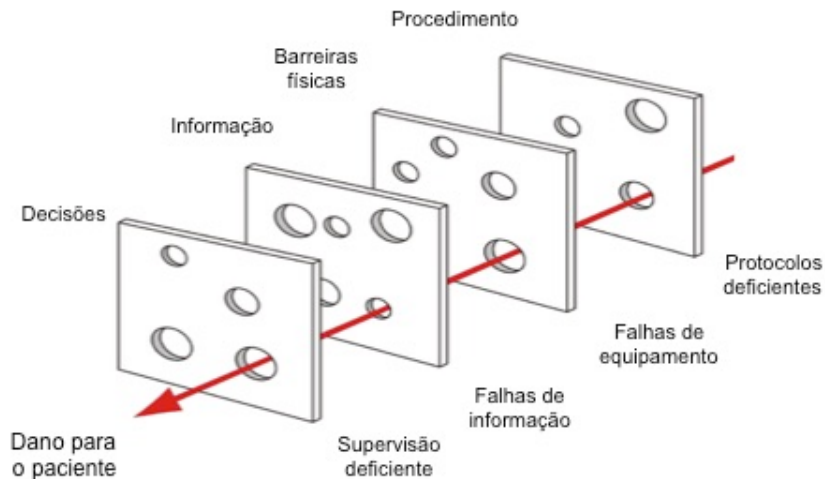
O erro é então resultado da ação de um indivíduo face ao outro, sendo que essas ações podem ser intencionais ou não-intencionais. Reason (1990, p.40) defende que “todas as ações intencionais têm intenções na ação mas nem todas as ações intencionais têm intenções prévias”. Ou seja, as ações intencionais sem intenções prévias são aquelas em que o indivíduo executou algo, com o objetivo definido na altura, mas sem planeamento (quando alguém agride outro por ímpeto, essa ação teve intenção de magoar mas não existiu planeamento prévio para a mesma). Já as ações não intencionais ou involuntárias, referem-se a ações não resultantes da intenção do indivíduo, quer anteriormente, que durante a ação.

Na maioria dos sistemas existentes das organizações onde se prestam cuidados, desenvolveram-se defesas, por forma a ser evitado o aparecimento do erro. Essas defesas são criadas como objetivo de eliminar distúrbios que surgem durante todos os processos de ação. Mas, por muitas defesas que se criem, o aparecimento de distúrbios durante o processo tende sempre a acontecer. Nenhuma camada de defesa é completamente isenta de pequenas falhas isto porque, essas defesas são implementadas por pessoas falíveis (Reason e Hobbs, 2003).

A violação de procedimentos, falhas em tomadas de decisões, bem como protocolos deficientes, falhas ou faltas de equipamento bem como falta de informação ou de uma

supervisão deficiente permite que o erro ocorra com um consequente dano para o paciente. Esta teoria é exemplificada na figura 1.

Figura 1 – Modelo de risco



Adaptado de Reason (1990)

A composição das defesas depende também do tipo de ação que se pretende efetuar. Na saúde, são conhecidos procedimentos em que pequenos eventos adversos poderão ter consequências graves para o doente (como por exemplo, atos cirúrgicos). Nestas situações desenvolvem-se mecanismos para evitar o seu aparecimento (check-lists, confirmação por duas pessoas, ...).

Ao perceber todos estes factores / mecanismos, é importante também que se perceba que tipos de erro é que podemos encontrar na prática diária. Segundo o IoM (2001), existem vários tipos de erro, que são exemplificados no quadro 3.

Quadro 3 – Tipos de erro I

Diagnóstico
Erro ou atraso no diagnóstico
Falha para aplicar os meios de diagnóstico indicados
Usar testes ou terapias ultrapassadas
Falhar em atuar de acordo com os resultados dos meios de diagnóstico
Tratamento
Erro na execução de um procedimento
Erro em administrar o tratamento
Erro na dose ou administração da terapêutica
Atrasos no tratamento ou em responder no caso de resultados anormais
Cuidados inapropriados
Preventivo
Falha em providenciar tratamento profilático
Monitorização inadequada ou seguimento do tratamento
Outros
Falhas de comunicação
Outras falhas sistêmicas

Adaptado de Institute of Medicine (2001)

Já Rasmussen, citado por Reason (1990), agrupou o erro em lapsos e deslizes baseados nas capacidades e/ou destreza, erros baseados nas regras e erros baseados no conhecimento (quadro 4)

Quadro 4 – Tipos de erro II

1. Lapsos e deslizes baseados nas capacidades e/ou destreza	2. Erros baseados nas regras	3. Erros baseados no conhecimento
Ações efetuadas de forma automática Sem controlo consciente do executante Integrada em padrões de comportamento Dependente do modelo de execução	Atribuído a má decisões (desconhecimento ou in experiência) Orientado para o objetivo Respeita regras instituídas Muitas vezes o objetivo não é claro mas implícito nas regras	Baseado nas capacidades cognitivas da pessoa Baseado no feed-back dos intervenientes As ações podem ser alteradas de forma a minimizarem as discrepâncias entre o presente e o desejado Surgem quando as condições de percepção são más

Adaptação segundo Rasmussen, citado por Reason (1990)

O autor refere que, no que concerne com a oportunidade de ocorrência do erro, é maior no terceiro tipo já que, nos dois primeiros, como foi referido, baseiam-se em regulamentos e práticas estabelecidas.

Estas classificações, embora nem sempre sejam consensuais, ajudam a melhor compreender a sua ocorrência. Quer se opte por adoptar uma ou outra teoria, o importante será compreender para o evitar.

Mas afinal porque erram as pessoas?

Como já foi dito anteriormente, o erro é uma característica inerente à pessoa humana. Mas o indivíduo, para além de todas as suas características intrínsecas, encontra-se sujeito a um enorme conjunto de influências externas que, muitas vezes, condicionam o seu comportamento e consequentemente a sua prestação face aos mais variados assuntos ou ações. Fragata (2011), defende que 60% da responsabilidade da ocorrência do erro seja do indivíduo e equipa, que 30% do sistema e que cerca de 10% se deve ao acaso.

Vincent (2011), debruçando-se especificamente na área da saúde estabeleceu uma relação entre as causas e os fatores envolvidos na ocorrência de eventos adversos ou erros (quadro 5).

Quadro 5 – Causas e fatores de ocorrência de eventos adversos

Causa	Factores
Instituição	Ambiente legal
Organização e gestão	Restrições financeiras e cultura de segurança
Ambiente de trabalho	Dotação de pessoal, turnos e equipamento
Equipa	Comunicação, supervisão e liderança
Fatores individuais	Competência, motivação e cansaço
Tarefa	Protocolos, procedimentos, rigor
Complexidade do doente	Gravidade da doente, barreiras de comunicação e/ou fatores sociais.

Adaptação de Vincent (2011)

O autor refere assim, que a atribuição da causa destes eventos tem várias origens. De facto, não podem ser atribuídos a um só determinado factor. Por serem sistemas organizacionais extremamente complexos, devem ser avaliados todos os aspetos que os

integram para melhor se conhecer a sua composição e ação no dia a dia e, sustentar as decisões tomadas para evitar o seu aparecimento.

2.2.1. Fatores Humanos

A complexidade da mente humana não fez desistir os estudiosos de incidirem a sua atenção sobre ela, por forma a tentar compreendê-la cada vez melhor. Talvez seja mesmo essa complexidade que fascine os cientistas da área. Essa complexidade da psicologia humana leva a dificuldades em encontrar uma explicação para o seu comportamento. Difícilmente se consegue encontrar um consenso pleno que sirva para explicar as limitações e ações da mente humana.

Reason e Hobbs (2003) referem vários fatores que assumem grande importância na prestação do indivíduo donde a atenção é um dos elementos relevantes na prestação do indivíduo. A existência de um foco de atenção leva o indivíduo a se concentrar nele. Devido ao ambiente que o rodeia e às suas próprias preocupações, a pessoa não consegue focar a sua atenção no mesmo ponto por longos períodos de tempo. O interesse que a ação lhe desperta, a dificuldade que é reconhecida e outras situações que vão surgindo simultaneamente, tendem a condicionar a atenção. Esta, tende a direcionar-se para a ação que é mais habitual para o indivíduo. É a sua capacidade em contrabalançar todos estes fatores que vai condicionar o aparecimento ou não de eventos adversos na sua ação (Reason e Hobbs, 2003).

Outro dos factores que os mesmo autores referem é o “vigilance decrement”. De difícil tradução, explica o porquê de, durante grandes períodos de vigiância do mesmo conjunto de acontecimentos, por vezes algo falha. Em ambiente de cuidados intensivos, o enfermeiro pode estar concentrado em determinado aspeto da situação do doente que, se não tiver períodos de descanso, alterações do padrão estabilidade poderão passar despercebidos do seu “radar”. Turnos de 12 horas a vigiar o traçado eletrocardiográfico do doente, sem períodos de descanso suficientes, pode levar a que eventos na condução elétrica passem despercebidos. Pausas mais frequentes, poderão ser a solução para evitar este tipo de situações.

Hábitos adquiridos pelos enfermeiros no exercício da sua profissão, são fatores importantes na prestação do indivíduo. Quanto mais habitual seja a ação, menos atenção a pessoa irá debruçar sobre ela. Menos reflexão fará da atitude do processo que leva ao resultado. Como exemplo, um indivíduo com prática de condução de vários anos, quando entra no veículo, já não pensa em todos os processos que estão associados ao

momento. Ele simplesmente age de forma automática à necessidade do momento. Na enfermagem é semelhante. Um enfermeiro, que durante vários anos executa uma determinada técnica, também a começa a efetuar de uma forma automática, sem necessitar de recorrer a processos de reflexão conscientes. É por isto que pessoas altamente hábeis em determinados processos, possuem dificuldade em explicar, por palavras, todo o processo que leva a determinado ato.

A capacidade de controlo do indivíduo face às situações que se lhe deparam e/ou vão acontecendo à sua volta assume um papel muito relevante na sua prestação. Esta capacidade de controlo, segundo Reason e Hobbs (2003) pode ser automática ou consciente, assumindo, cada uma delas, características diferentes, como esquematizado no quadro 6.

Quadro 6 – Tipos de controlo do indivíduo

Consciente	Automático
<ul style="list-style-type: none"> • Lento • Com esforço • Limitado • Sequencial • Universal • Para novas tarefas 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido • Sem esforço • Ilimitado • Paralelo • Específico • Tarefas conhecidas

Adaptado de Reason e Hobbs (2003)

Consegue-se perceber que, dependendo do tipo de ação que o indivíduo necessita executar, terá um controlo automático ou plenamente consciente. Pessoas com elevado grau de experiência tendem a ter um controlo mais automático que consciente, principalmente se já executou essa tarefa várias vezes no passado. No caso de uma tarefa nova, esse será mais consciente e lento até ao momento em que se tornará hábil, evoluindo para um controlo cada vez mais automático.

Mas a experiência adquire-se através de treino e aprendizagem. A formação contínua que uma instituição ou serviço disponibilizam ao profissional assume uma importância cada vez mais crescente na cultura de segurança do doente. O ritmo de evolução da ciência, com novas técnicas e equipamentos cada vez mais avançados e complexos,

exige das instituições programas de formação rigorosos e frequentes para que todos os profissionais consigam acompanhar as mudanças e adequar as suas ações. Claro que, o indivíduo é parte fundamental em todo este processo. A sua vontade em desenvolver os seus conhecimentos facilita o dia a dia da sua prestação. Um profissional empenhado no desenvolvimento da sua formação (através da frequência das formações do serviço/instituição ou de cursos que faz sobre sua iniciativa) permite atingir mais rapidamente um nível proficiente onde não necessita de tanto esforço para desenvolver as atividades, já que reconhece precocemente a necessidade de ajuste da sua ação para melhor e mais facilmente atingir o objetivo pretendido.

Outro facto que assume grande influência no comportamento do indivíduo, é o stress. É assumido que o stress pode ocorrer em todo o tipo de ambientes. No entanto, este continua a depender desse mesmo tipo de ambiente. Em ambiente de cuidados intensivos, as várias situações que surgem, o risco de vida dos doentes e outros fatores, influenciam o aparecimento do stress nos profissionais que lá trabalham. O enfermeiro que trabalha em cuidados intensivos, terá que estar preparado para prestar cuidados complexos a doentes na eminência de morte ou simplesmente manter vigilância intensiva dos parâmetros vitais e administração de cuidados ou terapêutica.

Rodrigues e Ferreira (2011, p.8), num estudo que realizaram a enfermeiros de cuidados intensivos no norte do país, concluíram que:

“O estresse pode ter repercussões em nível individual, social e organizacional, repercussões que se apresentam no nível do absentismo, da taxa de rotatividade, diminuição da performance dos trabalhadores, redução da motivação e satisfação no trabalho, do aumento do número de acidentes de trabalho e do aumento dos erros no desempenho.”

Em contrapartida, um tipo de trabalho desafiante para a pessoa constitui uma fonte de prazer e satisfação que potenciam as suas capacidades e, naturalmente, a sua prestação (Guerrer e Bianchi, 2008).

O ambiente de cuidados intensivos, altamente desafiante do ponto de vista pessoal e profissional causa fascínio a muitos enfermeiros. De facto, estes profissionais buscam atuar num ambiente altamente tecnológico e prestar cuidados a doentes em situação crítica. Embora estejam conscientes da elevada carga de trabalho e stress existentes, é um trabalho que lhe traz prazer profissional no seu dia a dia.

Outro elemento importante a ter em conta no que se refere a fatores humanos na ocorrência de erros, é o tipo de personalidade. Diferentes personalidades podem assumir diferentes tipos de performance no trabalho (Fragata, 2011). Reason e Hobbs (2003,

p.35) exemplificam bem os tipos de personalidade, relacionando-as com o que pode significar uma personalidade estável, instável, extrovertida ou introvertida (quadro 7)

Quadro 7 – Tipos de personalidade

		Instável								
Introvertidos	Temperamental	Ansioso	Pessimista	Não sociável	Sossegado	Suscetível	Inquieto	Otimista	Agressivo	Ativo
	Passivo	Cuidadoso	Atencioso	Controlado	Confiável	Sociável	Extrovertido	Animado	Despreocupado	Liderança
		Estável								
				Extrovertidos						

Adaptado de Reason e Hobbs, 2003)

Reason e Hobbs (2003) referem ainda que, baseados na evidência, as personalidades extrovertidas e instáveis são mais propensas à ocorrência de erros. Referem também que determinadas características da pessoa se adaptam melhor a umas profissões do que outras. Diferentes personalidades assumem atitudes diferentes perante os aspetos com que se deparam no local de trabalho. Uma pessoa extrovertida, com uma personalidade instável, pode tornar-se agressivo face a situações de stress, enquanto alguém que seja possuidor de uma personalidade mais estável 'usa' a mesma situação para assumir uma posição de liderança.

Mas, ao se analisar os fatores humanos na ocorrência de eventos adversos, para além de se analisar o individuo como um só, deve-se também analisá-lo em grupo. As pessoas assumem comportamentos diferentes quando trabalham em equipa. As equipas assumem também o papel de intermediários entre as pessoas e a organização onde se inserem.

Como pessoa individual, as competências que possui, o conhecimento que desenvolveu relacionado com as ações que lhe são pedidas para desempenhar, a experiência que vai desenvolvendo ao longo do tempo, bem como a capacidade de avaliar o seu

desempenho e adaptar as suas ações, são todo um conjunto de fatores que influenciam na ocorrência do erro.

Já como equipa, o trabalho de cada uma das pessoas que o integram deverá ter como meta o objetivo comum. As várias personalidades que integram uma equipa (multidisciplinar ou não), permitem novas reflexões, mudanças e ajustes nos processos de execução e uma menor resistência à mudança. Como refere Fragata (2011, p.32), “uma equipa bem estruturada e gerida serve assim a segurança, mas o inverso potenciará a possibilidade de erros”. O mesmo autor define o que tem de haver numa equipa:

- Sintonia de objetivos e metodologias
- Multi e interdisciplinaridade
- Prioridade de tarefas
- Perceção global em todos os momentos
- Monitorização, entre si, do trabalho de cada membro
- Aprendizagem conjunta
- Comunicação fácil e efetiva
- Respeito recíproco entre todos os membros
- Liderança adequada

Estes aspetos, ao estarem presentes no seio de uma equipa, fazem dela uma organização eficiente, capaz de avaliar a qualquer momento a sua prestação e ajustar para que o objetivo comum seja atingido de forma harmoniosa e sem qualquer tipo de evento adverso que poderia colocar em causa todo o sistema e seus intervenientes (quer sejam os executores quer sejam os receptores das ações desenvolvidas).

Para a eficiência dessa organização, é importante que a mesma seja constituída por características importantes para o seu correto funcionamento. Integração adequada de novos elementos para a equipa, formação contínua nas mais variadas áreas de atuação, passagens de turno bem estruturadas e briefings periódicos são reconhecidos como elementos chave para o sucesso de uma equipa. Mas, igual ou mais importante, é a liderança existente no seio da mesma. Muitos reconhecem que uma boa liderança não é mais que todos os alicerces da estrutura de uma equipa. Todavia a realidade é muitas vezes diferente.

Líderes de equipa preocupados com pequenas questões, com dificuldades em delegar funções, que não conseguem estabelecer prioridades, não supervisionam corretamente a equipa, com falta de maturidade, com falhas de comunicação ou aqueles que são excessivamente autoritários (Reason e Hobbs, 2003). Verifica-se que nos serviços, muitas vezes existe chefia sem líder, exercendo somente o seu autoritarismo para conseguirem aquilo que pretendem, não reconhecendo que as vantagens de ser um líder seriam infinitamente maiores (quadro 8).

Quadro 8 – Diferenças entre ser chefe e ser líder

CHEFE	LÍDER
Implementa o sistema	Inova o sistema
Copia	Inova
Foca-se nos sistemas e estrutura	Foca-se e valoriza as pessoas
Controla	Facilita a mudança e inspira confiança
Pensa a curto prazo	Tem visão de futuro
Pergunta “como”, “quando” e “quem”	Pergunta “porquê”
Aceita o estabelecido	Desafia o estabelecido
Olha somente para os resultados imediatos	Tem olhar virado para o futuro
Faz bem as coisas	Faz a coisa certa

Embora continuem a existir hierarquias no seio das equipas, o líder, idealmente, deveria ser escolhido por grau de competência para que os restantes elementos tivessem uma base sólida em que confiassem e nele vissem reconhecido valor (Fragata, 2011).

2.2.2. Fatores Organizacionais

Assiste-se ainda a uma cultura de culpabilizar o indivíduo por erros ocorridos. Penalizá-lo pelo ocorrido para que sirva de exemplo para os restantes elementos, sem fazer uma análise mais profunda do problema. Assim, a cultura de segurança dentro das instituições é cada vez mais imperativa e, felizmente, reconhecido como uma necessidade. Uma organização de cuidados de saúde é uma “entidade que presta, coordena e/ou assegura serviços de saúde e médicos para as populações (DGS, 2011, p.129). Dentro destas encontramos as organizações de elevada fiabilidade, pelo facto de serem complexas e de elevada tecnologia (onde se incluem as unidades de cuidados intensivos). Assim, estas organizações, segundo ainda a DGS (2011, p.130), caracterizam-se por:

- Um forte sentido de missão e objetivos operacionais
- Elevada competência técnica e desempenho operacional
- Flexibilidade estrutural e redundância
- Proximidade a modelos de autoridade hierárquicos também colegiais com tomada flexível de decisões
- Procura contínua de melhoria por feed-back de experiências
- Estruturas de recompensa pela deteção e comunicação do erro
- Uma cultura organizacional de confiança

São organizações, preparadas para lidar com eventos inesperados através da constante preocupação com a segurança, com uma cultura de aprendizagem contínua e com o uso de medidas redundantes da segurança (Fragata, 2011). No entanto, erros continuam a poder acontecer neste tipo de ambientes. Como já foi referido anteriormente, o erro ocorre e continua a poder ocorrer por eventuais pequenas falhas no sistema. A maioria das unidades de cuidados intensivos estão ainda aquém de se poderem incluir numa organização de elevada fiabilidade, como definido pela DGS. A falta de desenvolvimento de ações relevantes e suficientes que promovam a segurança de todos os seus doentes internados são ainda aspetos em desenvolvimento e não completamente integrados na filosofia do serviço.

No estudo realizado por Fernandes e Queirós (2011), estes concluíram que somente uma pequena percentagem dos enfermeiros inquiridos consideram que a segurança do doente é sempre uma preocupação da instituição, e só 44% entendem como positivo o apoio da direção para a segurança do doente. É reconhecido que ainda há muito trabalho a desenvolver na área. Mas existem ainda muitas barreiras que necessitam ser ultrapassadas.

Rooney, Heuvel e Lorenzo (2002, p.30) descreveram situações, relacionadas com fatores externos (organizacionais), que têm influência sobre a performance do indivíduo. São elas:

- “Características arquitectónicas
- Ambiente: temperatura, humidade, qualidade do ar, luz, ruído, vibrações e limpeza geral
- Horas de trabalho / horas de descanso
- Rotatividade dos turnos
- Disponibilidade / adequação de equipamentos, ferramentas ou materiais
- Dotações
- Estrutura organizacional: autoridade, responsabilidade ou canais de comunicação
- Ações dos supervisores, colegas de trabalho ou outro pessoal
- Políticas da instituição.”

Conhecendo-se assim os fatores externos que assumem importância nas organizações, é também importante reconhecer as dificuldades e barreiras com que todos se deparam no dia a dia. Uma das barreiras para atingir elevados padrões de qualidade, referem-se aos objetivos que são definidos pelos reguladores e/ou gestores das unidades hospitalares. Esses objetivos tendem a tentar ser conseguidos a qualquer custo, enviando para segundo plano os aspetos da segurança. A pressão para transferir um doente para o domicílio ou para outro serviço para que, logo que possível se possa admitir outro, muitas vezes põe em causa a segurança dos dois doentes. O primeiro porque tende-se a

aligeirar as avaliações necessárias para saber se ele tem condições de seguir um processo de recuperação de forma segura. O segundo porque, com a pressa de admissão, poderão falhar processos que podem ser importantes para a sua estadia no serviço (apressar meios de diagnóstico, apressar diagnósticos, apressar desinfecção da unidade do doente). As organizações, que podem ser financeiramente penalizadas por maus resultados, tendem a ignorar processos anteriormente instituídos, com o objetivo de conseguirem “mais pelo mesmo”.

Outro fator organizacional que pode por em causa a segurança do doente é autonomia (sem limites) de alguns profissionais. Como já foi referido anteriormente, a exigência das UCI levam os profissionais das várias equipas multidisciplinares intervenientes em UCI a desenvolverem os seus conhecimentos, trazendo a si confiança nos seus procedimentos. Esta confiança, associada à autonomia que a sua profissão é merecidamente possuidora pode levar a ignorar procedimentos ou regras implementadas, facilitando a ocorrência de erros, com prejuízos óbvios para todos, em especial para aqueles que se encontram numa situação de dependência completa dos seus cuidadores – os doentes.

O nível de qualidade exigido às instituições de saúde, como já foi referido anteriormente, é cada vez mais elevado. Essa pressão exercida nas administrações hospitalares é transferida, muitas vezes, para os funcionários. Uma cada vez maior carga de trabalho e exigência ao trabalhador tem influência no indivíduo e na forma como atua no dia a dia. Se o número de ações para efetuar determinado ato aumenta consecutivamente, com o mesmo período de tempo disponível, exerce crescente pressão no indivíduo, bem como em toda a política de segurança do doente. Ao serem implementados novos processos, devem ser avaliadas as necessidades para que possa ser feito da forma mais segura.

Erros em ambientes de cuidados intensivos são muito comuns (Mansoa, 2010). Embora se verifique um considerável desenvolvimento da cultura de segurança, continua a persistir um fosso entre os erros e condições latentes que permitem que ele surja. O estudo destes acontecimentos são extremamente complexos devido à complexidade e dinâmica que rodeia este tipo de ambientes.

A OE, reconhecendo importância crescente que a segurança dos doentes representa nas organizações de saúde, publicou a “Tomada de posição sobre segurança do cliente” (OE, 2006). Neste documento, a OE destaca a importância que cuidados seguros representam para o cliente e famílias e realça que “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados á população” (OE, 2006, p. 9) é o seu desígnio fundamental. Assim, enunciou alguns princípios que considera relevantes para um cultura de segurança. São eles:

- “1. Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros;
2. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde;
3. O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e deontológicas (...) independentemente do contexto da prestação de cuidados...
4. Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro;...
5. Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controlo de potenciais riscos...
6. Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados;
7. A responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelo que pratica ou delega...
8. As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes, ...
9. As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos;
10. Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimentos dos profissionais assim como sistemas e processos que promovam a segurança;
11. Deve promover-se um envolvimento activo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica.” (OE, 2006, p. 9, 10)

Neste enunciado, reconhece-se a importância dos vários intervenientes na defesa da cultura de segurança. Reconhece o valor dos profissionais e das organizações na prevenção, identificação e promoção de estratégias que levem à redução de erros. A responsabilidade é de todos os envolventes na prestação de cuidados de saúde.

2.2.3. A comunicação do erro como processo de aprendizagem

Os erros podem ser momentos de aprendizagem e de reflexão sobre os processos de atuação da prática. Essa reflexão, só acontece se os erros forem dados a conhecer. Se isso não acontecer, o risco de se repetir é enorme com graves consequências para a segurança do doente. Deste modo, a implementação de um sistema de comunicação de erros é considerada fundamental para um correto desenvolvimento de cultura de segurança.

A Direção Geral de Saúde (2011, p.107), refere que a comunicação de eventos é o “principal meio através do qual são identificados eventos adversos” com o objetivo de

“melhorar a prestação de cuidados ao doente, identificar e corrigir falhas nos sistemas, prevenir eventos recorrentes, ajudar a alimentar uma base de dados para gestão dos riscos e melhoria da qualidade, apoiar na construção de um ambiente seguro para cuidar do doente, facultar um registo do evento e obter parecer médico e legal”.

O IoM (2000) refere a existência de dois sistemas de comunicação de erros com objetivos. O primeiro são os sistemas mandatários de comunicação de erros. Estes são analisados por entidades com capacidade de investigar o sucedido para que, possam assegurar ao público que o erro será analisado e que ações serão tomadas e sirvam de incentivo às organizações para melhorarem culturas de segurança através de investimentos e alteração das suas práticas. Nos hospitais, são exemplo deste tipo de sistema as comissões de controlo de infeção. Os serviços, no caso de surgimento de infeção hospitalar são obrigados a comunicar à comissão e esta, com base em evidência científica, procederá a toda a análise da situação e emanará orientações para, controlo, resolução e/ou prevenção de novos casos.

Outro tipo de sistemas, e que tem o seu foco na melhoria da segurança dos doentes, são os sistemas voluntários de comunicação de erros. Este tipo de sistemas têm como principais objetivos analisar os erros que geralmente não causaram dano significativo ao doente, identificar e remediar as fragilidades que o todo o sistema apresenta para que possa sugerir medidas de prevenção.

Estes sistemas encontram-se disponíveis em quase todos os países da Europa, dos EUA, Japão e Austrália (Fragata, 2011). O mesmo autor refere ainda que alguns países utilizam um sistema combinado onde agrega os dois tipos, no entanto, reconhece algumas vantagens se estes forem separados, como sendo a sua melhor adaptação ao fim a que se destina.

Mas a pressão cada vez maior (quer para a instituição quer para o profissional) poderá retrair as pessoas de efetuarem a comunicação do erros pelo sistema próprio. Esta comunicação pode ser efetuada de forma identificada ou anónima, sendo que esta última poderá ser um elemento facilitador para que, cada vez mais, se reporte a ocorrência de erros.

Coli, Anjos e Pereira (2010), num estudo sobre a postura dos enfermeiros face ao erro, concluíram que, para além dos enfermeiros muitas vezes nem se aperceberem que erraram, reconhecem que, quando identificado, nem sempre o reportam. Reconhecem que, embora seja importante que o erro seja comunicado, não o fazem por considerarem

não trazer consequências importantes para o doente ou, por outro lado, desconhecerem as repercussões que podem sofrer se forem identificados como o causador do erro. Ou seja, a cultura de punição de muitas instituições, leva a que somente um reduzido número de erros seja reportado.

Fernandes e Queirós (2011), concluíram que 95% dos participantes do seu estudo notificaram menos de dois erros no último ano e que cerca de 80% não procedeu a qualquer notificação. Os autores concluíram que isto acontece devido à cultura de culpabilização das instituições embora os enfermeiros reconheçam que “as equipas estão a trabalhar ativamente para uma melhoria da Segurança do Doente (77%)”. Os enfermeiros estão “convictos de que quando notificado, são eles o centro da atenção e não o evento” (Fernandes e Queirós, 2011, p.43).

Em tempo em que a pressão e quantidade de trabalho são crescentes é importante que os sistemas de comunicação de erros voluntários, para além de serem conhecidos pelos profissionais, tenham características que permitam efetuar essa comunicação de uma forma prática. Fragata (2011) citando a Agency for Healthcare Research and Quality (EUA), enumerou as características que esses sistemas devem ter. São eles:

- Todas as pessoas envolvidas na organização podem reportar erros
- O sistema deve ser simples o suficiente para que seja igualmente simples o seu preenchimento
- O sistema não deve ter como principal objetivo o de punir as pessoas, não devendo resultar dele ações disciplinares
- A comunicação deve ser voluntária. No entanto deverá existir uma política de estímulo de comunicação de erros para o bem de todos.
- A comunicação deve permitir o anonimato ou a identificação de quem a faz.
- A comunicação deve ser analisada por entidades competentes e dar o feedback publicamente (esta forma poderá servir de estímulo para que cada vez mais se comunique o erro).

Assim, ao ter em atenção os aspetos necessários para um eficaz sistema de comunicação do erro, melhora-se consideravelmente toda a performance dos sistemas bem como todos os processos de segurança do doente, reconhecendo-se a responsabilidade de todos os intervenientes em comunicar situações que colocam ou podem colocar em causa a segurança do doente

Grandes desafios são vislumbrados no futuro da segurança do doente. Não sendo este um processo estático, à medida que se vão compreendendo e resolvendo problemas,

outros surgirão. A permanente insatisfação da mente humana e a ambição em cada vez ir mais além, mantém as temáticas vivas, não permitindo o seu esquecimento.

Fragata (2011) defende valores que são determinantes para uma cultura de segurança, designadamente:

- Valores partilhados;
- Valores individuais e de grupo, residindo na matriz da organização;
- Adoção da segurança como prioridade, imbuída nos “genes” da organização e fazendo parte do modelo de negócio;
- Comunicação aberta;
- Colaboração em equipa para fins de segurança;
- Aceitação da falibilidade/vulnerabilidade;
- Consciência de risco e antecipação de erros;
- Política de reporte e discussão de eventos, sem culpa e com enfoque nas causas sistémicas;
- Revelação completa em matéria de segurança;
- Cultura de responsabilização sem culpa;
- Aprendizagem em torno dos erros;
- Resiliência em matéria de segurança.

Como refere Leape (1994, p.1852), “os médicos e enfermeiros devem aceitar a noção de que o erro é um companheiro inevitável da condição humana” e que “os erros devem ser aceites como provas das falhas do sistema e não falhas de carácter. Até e enquanto isso não acontecer, é improvável que progressos substanciais sejam feitos na redução do erro...”.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Fortin (2009, p. 53) refere que é “no decurso da fase metodológica que o investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação” e que “as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo”. Daí que as decisões tomadas nesta fase deverão ser revestidas de enorme racionalidade e antecedidas de reflexão por parte do investigador. Como refere Hernandez Sampieri [et al.] (2013, p.140) “se o desenho for cuidadosamente elaborado, o produto final (...) terá mais possibilidades de êxito...”.

A metodologia escolhida para um processo de investigação condiciona todo o percurso que o investigador seguirá ao longo de toda a caminhada. O paradigma do investigador, que está orientado para os resultados e para a sua generalização e a estratégia que ele utiliza de forma a atingir o objetivo final são os dois elementos que compõem o método de investigação (Fortin, 2009).

No decurso deste capítulo serão abordadas as etapas essenciais que foram adotadas nesta investigação

De seguida, apresentam-se o tipo de estudo, os seus objetivos, a população e amostra e os procedimentos metodológicos, onde se incluem a tradução e adaptação cultural do instrumento de recolha de dados. Serão igualmente descritos os procedimentos estatísticos utilizados para se chegar ao instrumento de recolha de dados final.

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de carácter metodológico, de abordagem quantitativa, observacional e transversal. Pretende-se observar e analisar as variáveis do estudo, através de um momento único, com estabelecimento de critérios, métodos e técnicas de forma a serem interpretados os dados recolhidos de uma forma independente (Hernandez Samperi [et al.], 2013). Observacional por se pretender observar e analisar as variáveis do estudo pois pretende-se compreender os fenómenos vividos por determinado grupo de pessoas, conceptualizar a situação através da recolha de informação por forma a ser possível categorizar e representar a população em estudo (Fortin, 2006).

O Safety Attitudes Questionnaire – ICU version (Sexton [et al.], 2006), embora amplamente utilizado em vários países, não se encontra validado para a população portuguesa pelo que, foi necessário proceder-se à sua tradução, adaptação e validação,

para se chegar a um instrumento equilibrado que seja facilmente entendido pela população a que se pretende que seja aplicado, tendo em conta os seus objetivos.

3.2. Objetivos

Os objetivos do estudo permitem guiar o processo de investigação, indicando o que investigador pretende fazer (Fortin, 2009).

Os objetivos consistem em:

- Realizar a tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire – ICU version para a população portuguesa;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança dos doentes em unidades de cuidados intensivos.
- Disponibilizar um instrumento de recolha de dados, adaptado à população portuguesa, que permita avaliar o clima de segurança em ambiente de cuidados intensivos.

3.3. O contexto, a população e amostra

De forma a serem obtidos resultados em contextos de UCI diversificados, foram consideradas UCI com características diferentes, por forma a permitirem perceber a cultura de segurança dos Enfermeiros. Esses serviços foram, Unidades de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), Unidades de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) e Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Córdio-Torácica (UCICT), num total de seis serviços (três UCIP, dois UCIC e um UCICT).

Nas UCI Polivalentes, são cuidados doentes vítimas das mais variadas patologias médicas e cirúrgicas (traumatologia, pneumologia, cirurgia geral, neurocirurgia entre outras).

Nas UCIC, cuidam-se fundamentalmente doente do foro cardíaco, vítimas de enfarte do miocárdio, pós-procedimentos nos serviços de hemodinâmica ou estabilização e preparação para ato cirúrgico.

Na UCICT, encontram-se doentes sujeitos a cirurgia cardíaca e/ou pulmonar e que, no pós-operatório imediato necessitam de vigilância e suporte intensivo.

Nestas unidades são internados doentes adultos em situação crítica, vítimas de doença súbita, traumatismos vários ou cirurgias programadas.

As unidades são constituídas por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, entre outros profissionais). As equipas de enfermagem integram enfermeiros chefes, enfermeiros especialistas na área do doente crítico e/ou de reabilitação e enfermeiros generalistas. A maioria trabalha por turnos (manhã, tarde e noite), havendo alguns em horário fixo diurno.

Sendo a área de estudo, os cuidados intensivos, definiu-se como população, os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em unidades de cuidados intensivos. Por ser uma população numerosa e dispersa geograficamente, torna-se difícil o alcance na totalidade, optando-se pela técnica de amostragem.

Ribeiro (2010, p.45) refere que “o número óptimo de participantes, depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida”. Atendendo às características da investigação que implica o recurso a análise factorial, a amostra deve ser calculada em função do número de questões que o instrumento contém, mas devido às limitações face à especificação e dispersão geográfica da população a ser inquirida, e de acordo com o mesmo autor, “o número de elementos deverá ser de pelo menos 100” .

Face ao exposto a amostra é constituída por todos os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos de adultos de três hospitais centrais (todas Entidades Públicas Empresariais (EPE)) do norte de Portugal, num total de 157 enfermeiros.

Foram entregues 157 questionários nos serviços considerados, de modo que os inquiridos pudessem responder individualmente. Foram devolvidos 120 (74,4%) questionários considerados válidos para o estudo. Os restantes 25,6%, referem-se a enfermeiros que optaram não responder ao questionário, se encontravam em férias ou em situação de doença.

3.4. Instrumento de recolha de dados

Sendo a segurança do doente um assunto cada vez mais debatido no seio das organizações e já consideravelmente estudado em algumas culturas, surgiu a necessidade em encontrar um instrumento de recolha de dados que desse resposta aos objetivos desta investigação

Neste sentido, optamos pelo Safety Attitudes Questionnaire que após análise se realçou pela sua adequação, ao pretendido para este estudo.

O Safety Attitudes Questionnaire, é reconhecido como um bom instrumento de recolha de dados, amplamente utilizado na área da saúde, medindo a atitude dos profissionais relativamente à segurança dos doentes. É um questionário exploratório na área do clima de segurança, altamente utilizado em vários países (como ilustra o quadro 9) e foi escolhido por apresentar boas propriedades psicométricas (alfa Cronbach de 0,7 a 0,8). A sua adaptação já permitiu a realização de inúmeros estudos em diferentes ambientes de saúde, como sejam, unidades de cuidados intensivos, bloco operatório, ambulatórios, entre outros.

Quadro 9 - Estudos adaptando e utilizando as várias versões do SAQ

Autores	País	Versão SAQ
Sexton [et al.] (2006)	UK, EUA, Nova Zelandia	SAQ
Nordén-Hågg [et al.] (2010)	Suécia	SAQ – Versão curta
Deikás&Hofoss (2008)	Noruega	SAQ – Versão curta
Lee [et al.] (2010)	Taiwan	SAQ – Versão curta
Carvalho (2011)	Brasil	SAQ – Versão curta
Poley [et al.] (2012)	Holanda	SAQ – ICU
Reliham [et al.]. (2009)	Irlanda	SAQ
Abdou & Saber (2011)	Egipto	SAQ – Versão curta
Mahfoozpour & Mojdehkar (2010)	Irão	SAQ parcial
Kaya, Barsbay & Papadopoulou (2011)	Grécia	SAQ – Versão Obstetrícia
Harmsen [et al.] (2010)	Holanda	SAQ – Versão Ambulatório
Saraiva e Almeida (2006)	Portugal	SAQ – Versão curta
Pinheiro (2013)	Portugal	SAQ – Bloco Operatório
Zimmermann [et al.] (2013)	Suiça	SAQ

Este instrumento de recolha de dados foi desenvolvido pelos pesquisadores Byran Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich, da Universidade do Texas, nos Estados Unidos da América (Sexton [et al.], 2006). Resultou do aprimoramento do Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire que por sua vez teve origem no Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ), utilizado na aviação civil, que pretendia mensurar as atitudes dos membros da tripulação, no que respeita ao trabalho em equipe, liderança, comunicação, entre outras. Este último resultou da percepção de que a maioria dos acidentes aéreos resultavam de falhas no desempenho pessoal devido a aspetos interpessoais (Sexton [et. al], 2006). Atendendo a que 25% dos itens demonstraram utilidade para a área da saúde, foram mantidos, sendo que o SAQ original surgiu dessa adaptação e de discussões com peritos na área da saúde.

De todo esse processo, resultou um instrumento (Safety Attitudes Questionnaire (ICUv)) constituído por questões que permitem a caracterização do inquirido, e por outras 67 questões que pretendem definir as atitudes do indivíduo face à segurança do doente (Anexo 1).

O instrumento, apresenta instruções de preenchimento de modo a evitar erros que o possam invalidar.

Numa primeira parte, o instrumento inclui questões sobre dados demográficos, designadamente a categoria profissional, o tipo de UCI, o status profissional (tempo completo, part-time, contratado ou agenciado), género, grupo étnico, tempo de experiência profissional, experiência na presente UCI, idade e número médio de pacientes que recebe por mês no serviço. Questões do instrumento de recolha de dados original, como a categoria profissional, grupo étnico e cidadania não foram considerados relevantes para este estudo, atendendo às características da população. Também, não foi considerada a questão sobre a quantidade de doentes que são admitidos por mês na UCI, pelo facto de esta ser dirigida à classe médica, não sendo essa a população em estudo.

A segunda parte do SAQ (ICUv), é composta por um total de 67 questões, que medem as atitudes dos participantes perante a segurança do doente no serviço onde desempenham funções. Do total das questões, 64 permitem a resposta através de uma escala tipo Likert de cinco pontos (Discordo completamente, Discordo parcialmente, Não concordo nem discordo, Concordo parcialmente e Concordo completamente).

A pergunta número 65 *Alguma vez antes respondeu a este questionário* permite a resposta através de três opções (Sim, Não e Não sei). Seguidamente, pede-se à pessoa, que descreva a sua qualidade de relacionamento com outros elementos da equipa multidisciplinar, também com recurso a uma escala tipo Likert de 6 pontos com as opções Muito fraca, Fraca, Elevada, Muito elevada e Não se aplica.

A parte final do instrumento, solicita a referência a três recomendações que ache importantes para melhorar a segurança do doente, no serviço onde trabalha.

Existem questões com itens invertidos, sendo elas a pergunta número 12-*Nesta UCI, é difícil falar acerca de erros*, a número 26-*Nesta UCI, é difícil falar acerca de algum problema que eu possa notar a nível dos cuidados do doente* e a pergunta número 62-*São vulgares as quebras de comunicação que afetam negativamente os cuidados aos doentes*.

Como já referido anteriormente, o SAQ derivou do FMAQ (instrumento utilizado na área da aviação), tendo sido aplicada metodologia semelhante na sua constituição e análise

subsequente. Os autores seguiram modelos conceptuais, como sejam “estrutura para analisar risco e segurança” de Vincent e o “modelo conceptual para avaliar qualidade” de Donabedian. Assim, as questões que compõem o SAQ foram agrupados em seis diferentes dimensões. As dimensões **clima de segurança, trabalho em equipa e reconhecimento de stress** emergiriam como fatores semelhantes aos considerados no FMAQ. Já as dimensões **percepções sobre gestão, condições de trabalho e satisfação profissional**, todos referentes ao clima organizacional da instituição surgiram como distintos, mas de reconhecida importância para esta temática, sendo realçada pelos autores como fundamental para “o sucesso ou falha na gestão do risco” (Sexton [et al.], 2006).

As questões do SAQ foram agrupadas em dimensões pelos autores, da forma como demonstrado no quadro 10.

Quadro 10 - Agrupamento das questões do SAQ nas diferentes dimensões.

Dimensões	Questões
Clima de trabalho em equipa	3. As opiniões dos enfermeiros são bem recebidas nesta UCI. 26. Nesta UCI, é difícil falar acerca de algum problema que eu possa notar a nível dos cuidados do doente. (1) 32. Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente). 36. Tenho o apoio necessário de outros elementos na prestação de cuidados aos doentes. 37. É fácil para os elementos do pessoal nesta UCI fazer perguntas quando surge algo que não entendem. 40. Aqui, os médicos e enfermeiros trabalham em conjunto, como equipa devidamente coordenada.
Clima de segurança	4. Eu sentia-me seguro a ser tratado aqui, como paciente. 5. Nesta UCI, lida-se da forma apropriada com erros clínicos. 11. Recebo feedback adequado acerca do meu desempenho. 12. Nesta UCI, é difícil falar acerca de erros. (1) 22. Sou incentivado(a) pelos meus colegas a denunciar quaisquer preocupações que possa ter em matéria de segurança dos doentes. 23. A cultura nesta UCI facilita a aprendizagem com os erros dos outros. 30. Conheço os procedimentos certos para encaminhar questões relativamente à segurança dos doentes nesta UCI.
Satisfação profissional	2. Gosto do meu trabalho. 8. Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família. 15. Este hospital é um bom lugar para trabalhar. 31. Sinto orgulho por trabalhar neste hospital. 44. O moral nesta UCI é elevado.

Reconhecimento de stress	<p>27. Quando o meu volume de trabalho se torna excessivo, o meu desempenho fica prejudicado.</p> <p>33. Sou menos eficaz no serviço quando me sinto cansado(a).</p> <p>34. É mais provável eu cometer erros em situações hostis ou de tensão.</p> <p>49. O cansaço prejudica o meu desempenho em situações de emergência (ex. reanimação de urgência, convulsões).</p>
Perceções sobre gestão	<p>10. A administração do hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia.</p> <p>18. A gerência do hospital não põe em causa, propositadamente, a segurança dos doentes.</p> <p>19. O número de elementos nesta UCI são suficientes para lidar com o número de doentes.</p> <p>28. São-me dadas informações adequadas e em tempo oportuno acerca de eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho.</p>
Condições de trabalho	<p>6. Este hospital faz um bom trabalho na formação de novos elementos.</p> <p>7. São-me regularmente disponibilizadas todas as informações necessárias para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas.</p> <p>24. Este hospital lida, de uma forma construtiva, com pessoal problemático.</p> <p>45. Os formandos na minha disciplina são devidamente supervisionados.</p>

Legenda: (1) - Item invertido

Fonte: Sexton [et al.] (2006)

No instrumento original verificou-se a existência de algumas questões que não se encontravam agrupadas nas dimensões definidas pelos autores, mas que foram alvo de sua análise, por serem consideradas de interesse para os gestores de unidades de cuidados e hospitalares.

3.5. Processo de tradução / adaptação cultural do SAQ (ICUv)

A utilização de instrumentos de recolha de dados de língua estrangeira pressupõe a sua tradução e adaptação cultural. Este processo visa a equivalência de culturas de forma a que os indivíduos que pertencem a culturas diferentes respondam da mesma maneira ao instrumento de recolha de dados (Fortin, 2009).

Antes de ser iniciado o passo seguinte do processo metodológico foi pedida autorização para o uso do Safety Attitudes Questionnaire – ICU Version, aos autores (Apêndice 1).

Após resposta positiva dos mesmo (Anexo 2), abriu-se caminho para as fases seguintes deste processo.

Para se poder aplicar o questionário à população portuguesa, primeiro procedeu-se à sua tradução. É um processo complexo, e exigente em cada uma das suas etapas, para que seja possível o estabelecimento de comparações entre o instrumento original e a versão final em português. No cumprimento do rigor científico que deve rodear todos os trabalhos de investigação, aplicou-se a técnica de retroversão e todos os passos que a caracterizam (Ribeiro, 2010).

Como primeiro passo, procedeu-se à tradução do questionário da língua inglesa para portuguesa, por tradutor bilingue independente e credenciado para o efeito (Anexo 4). Após recepção da tradução do instrumento de recolha de dados, foram reorganizados os seus itens de forma a facilitar a perceção pelos intervenientes da fase seguinte deste processo.

Seguidamente, procedeu-se à retro-tradução do questionário para a língua inglesa (Anexo 5). O instrumento de recolha de dados que surgiu da etapa anterior foi entregue para tradução a um outro tradutor bilingue, também ele independente e credenciado. O instrumento de recolha de dados original não lhe foi fornecido de forma a evitar possibilidade de condicionamento da tradução. Foi também esta a razão pelo que foi escolhido outro tradutor e de um gabinete de tradução diferente do primeiro. Daqui surgiu um instrumento em língua inglesa, que permitiu seguir para a fase seguinte.

Tendo por base os instrumentos em inglês e português, procedeu-se então a uma análise entre o documento original e a retro-tradução. Não se verificaram diferenças importantes entre os dois que fossem passíveis de suscitar alteração do entendimento conceptual.

3.6. Estudo piloto

A aplicação de um estudo piloto, pretende que o instrumento de recolha de dados seja validado por inquiridos com características semelhantes aos da amostra, verificando-se a sua eficácia e valor, permitindo encontrar defeitos ou imperfeições para que possam ser corrigidos antes da sua aplicação (Fortin, 2009).

Com o instrumento de recolha de dados em português, procedeu-se à sua formatação para assumir um aspeto semelhante à versão original, por ser considerada de fácil perceção e preenchimento.

Este instrumento de recolha de dados foi aplicado durante o mês de Maio, a uma amostra de 14 enfermeiros bilingues, com bons conhecimentos da língua inglesa e portuguesa, a desempenhar funções numa unidade de cuidados intensivos e que não pertencem à amostra definida para o estudo de investigação.

Num primeiro momento, foi pedido que as pessoas respondessem ao questionário em versão inglesa (versão original). A taxa de retorno dos questionários foi de 100%.

Num segundo momento, procedeu-se à entrega e pedido de preenchimento da versão em português. Com a decisão de primeiro aplicar a versão inglesa e em seguida a tradução para português deu-se liberdade aos inquiridos para que fizessem sugestões de alterações ou aprimoramento que considerassem pertinentes, bem como reportassem eventuais erros de tradução que pudessem ter percecionado durante o processo de resposta.

Foi sugerida, pelos inquiridos que preencheram o questionário, alteração da questão 51. Por ser considerada uma sugestão válida que ia de encontro ao objetivo principal dos autores, procedeu-se à alteração de *Se necessário, sei denunciar erros que ocorram nesta UCI*, alterando-se para *Se necessário, sei como denunciar erros que ocorram nesta UCI*. Novamente revisto o instrumento, foram efetuadas ligeiras alterações semânticas, sem implicação no significado das palavras ou gramaticais, constituindo-se o instrumento final de recolha de dados (Anexo 6).

Com esta etapa, foi concluído com sucesso o processo de tradução / adaptação cultural do SAQ (ICUv), permitindo ao investigador prosseguir para a aplicação do questionário na versão traduzida para português.

3.7. Procedimentos relativos às propriedades psicométricas

O seguimento de procedimentos de investigação corretos levam a dados fidedignos, com validade científica importante. A utilização de testes adequados ao tipo de investigação valoriza a mesma, sendo que a ausência deles impede o reconhecimento científico do instrumento.

As propriedades psicométricas, em investigação, revestem-se de grande importância por refletirem a qualidade e adequação de uma medida. A fidelidade é uma medida em que, a mensuração é semelhante quando aplicada em momentos diferentes, produzindo resultados consistentes e coerentes (Hernandez Sampieri [et al.], 2013, Ribeiro, 2010).

Existindo várias formas de avaliar a fidelidade do instrumento de recolha de dados, optou-se pela medição da consistência interna. Esta refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspectos de um mesmo conceito. Desta forma, utilizou-se o alfa de Cronbach, por ser o mais indicado em instrumentos com scores, permitindo “determinar até que ponto cada enunciado da escala mede um dado conceito da mesma forma que os outros” (Fortin, 2009, p.350).

A validade, que pode ser referente ao conteúdo, ao critério ou ao constructo é outro tipo de propriedade psicométrica de referência. No que se refere ao instrumento, este é válido quando mede adequadamente aquilo para o que se propõe medir.

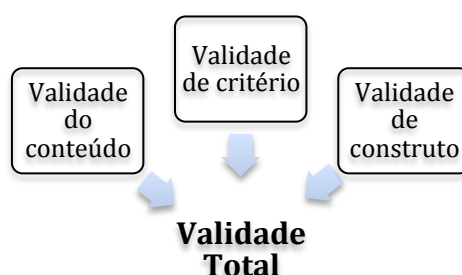
Relativamente à validade do conteúdo, refere-se à representatividade dos enunciados no que respeita aquilo que se pretende estudar (Fortin, 2009) ou seja, refere-se ao grau em que um instrumento reflete um domínio específico de conteúdo daquilo que mensuramos (Hernandez Sampieri [et al.], 2013). A ampla utilização do instrumento de recolha de dados original em unidades de cuidados intensivos, por especialistas na área e com dados cientificamente reconhecidos, permitir suportar a sua validade para o presente estudo.

A validade de critério encontra-se quando o instrumento de recolha de dados é comparado com outro critério externo, ou seja, outro instrumento diferente que pretende medir o mesmo (Hernandez Sampieri [et al.], 2013). Após a pesquisa, que efetuamos, não foi encontrado outro instrumento de medida comparável com o utilizado neste estudo, pelo que não foi verificada esta evidência.

Finalmente, a validade do constructo, reconhecida por vários autores como especialmente importante, refere-se à forma como o instrumento mede o conceito teórico (Hernandez Sampieri [et al.], 2013). Constructo refere-se à ‘ideia’ de base construída pelo investigador (Ribeiro, 2010). Para conseguir a validade do constructo recorre-se à análise fatorial, que permite o agrupamento de conceitos e o seu contributo para o resultado final encontrado (Fortin, 2009).

A representatividade das variáveis é tanto maior quando maior é a evidência das diferentes validades (figura 2).

Figura 2 - Representação da relação das validades com a validade total



Adaptado de Hernandez Sampieri [et al.], 2013

Hernandez Sampieri [et al.] (2013) referem ainda que existem vários fatores que podem afetar a validade e confiabilidade de um instrumento.

No presente estudo, a adaptação transcultural foi assegurada pelo cumprimento de todas as regras que envolvem esta fase do processo científico. A estrutura do instrumento de recolha de dados foi pensada de forma a ser de fácil preenchimento e a linguagem utilizada equilibrada para o tipo de indivíduos que compõem a amostra.

3.8. Aspetos éticos dos procedimentos de investigação

Os aspetos éticos são extremamente importantes num processo de investigação. O respeito por um código de ética pelo investigador permite serem criados limites de atuação, que gerem a investigação e evitam que esta seja posta em causa (Ribeiro, 2010).

Após a elaboração do projeto de investigação, referente a este estudo, foi avaliado pelo Conselho Técnico-Científico do IPVC e que, após ter sido aceite, permitiu a continuidade do processo de investigação pelo autor, com orientação de Professoras da instituição.

De forma a poder ser utilizado o SAQ (ICUv), foi efetuado o respetivo pedido de autorização de utilização aos autores do mesmo (nomeadamente ao professor Eric Thomas da universidade do Texas), via e-mail (Apêndice 1). Alguns dias depois, foi recebida (via email) resposta afirmativa de que o instrumento de recolha de dados poderia ser utilizado (Anexo 2).

Procedeu-se, em seguida, à realização dos pedidos de autorização aos Conselhos de Administração das Instituições onde se pretendeu aplicar o instrumento de recolha de dados.

Nestes pedidos incluíram-se os objetivos do estudo, os serviços e profissionais participantes no estudo, bem como as salvaguardas éticas de que se reveste o estudo (tais como confidencialidade e segurança dos dados obtidos).

Para além do pedido ao Conselho de Administração, foi enviada documentação para dar resposta às diferentes exigências de cada Centro Hospitalar. Desses documentos fizeram parte, declarações de responsabilidade do investigador, declaração da Professora Orientadora do estudo, declaração de compromisso em disponibilizar os resultados finais, carta aos Enfermeiros dos serviços a explicar os objetivos e importância do estudo, assim como uma cópia do instrumento de recolha de dados a ser aplicado.

No respeito pelos aspetos éticos que deve rodear todo o processo de investigação, foi garantida a confidencialidade e segurança dos dados obtidos, bem como foi assumido o compromisso de disponibilizar os dados aos participantes do estudo, bem como às Instituições envolvidas.

Após algumas semanas, foram recebidas as devidas autorizações da totalidade das Instituições e serviços a que foram solicitadas.

3.9. Procedimento estatístico

Os procedimentos estatísticos numa investigação de carácter quantitativo, são de relevante importância para se conseguir resultados cientificamente válidos (Fortin, 2009). Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa informático IBM – SPSS Statistics – Version 22 para Mac OS X.

A análise dos dados demográficos permitiu a caracterização da amostra, procedendo-se à distribuição da mesma de acordo com características sociodemográficas, formando-se grupos para itens como a idade e experiência profissional, e posterior análise desses resultados. Valores totais, percentagem, valores mínimo, máximo, média e desvio padrão foram considerados para a análise, permitindo melhor percepção dos resultados bem como a dispersão desses mesmos dentro da amostra.

A análise descritiva das restantes questões do instrumento de recolha de dados, teve por base as instruções disponíveis pelos autores. As questões foram organizadas por diferentes dimensões, sendo a sua distribuição igualmente tida em conta para a análise estatística. Por algumas dessas questões não serem consideradas em nenhuma das diferentes dimensões, foram contactados os autores de forma a perceber como foram analisados esses resultados. A resposta foi no sentido que poderiam ser agrupados e analisados no interesse do investigador.

Para se conseguir uma escala de 100 pontos, seguiram-se também as orientações dos autores. Após reversão das questões efetuadas pela negativa, foi calculada a média, subtraído 1, sendo esse resultado multiplicado por 25.

Não obstante o processo de adequação do instrumento de recolha de dados no que respeita ao processo de tradução e retro-tradução, após aplicação e recolha dos dados, procedeu-se a uma análise estatística dos mesmos de forma a verificar as propriedades paramétricas, por serem mais significativos (Marôco, 2010). A validade do instrumento de recolha de dados é um passo importante num processo de investigação já que, “deve ser determinada com referência ao uso particular para que o teste foi desenvolvido” (Ribeiro, 2010, p. 94). Vários testes estatísticos necessitam ser efetuados pelo investigador, por forma a se conseguir um instrumento que sirva para melhor representar a realidade a que se destinada estudar. A versão original do SAQ apresenta 65 questões principais, além das que se referem a caracterização da amostra.

Pelo procedimento de análise estatística, procedeu-se à análise da significância das questões, considerando-se um valor de $p \leq 0,05$, sendo o erro admissível inferior a 5% (Marôco 2010).

A consistência interna do instrumento foi verificada através da determinação do alfa de Cronbach. Este coeficiente tem uma variação entre 0,00 e 1,00, sendo que este último é o mais elevado que é possível conseguir-se, representando uma elevada consistência interna. Valores entre 0 e 0,30 são considerados de muito baixa consistência interna, 0,30 a 0,60 baixa, 0,60 a 0,75 moderada, 0,75 a 0,90 alta e acima de 0,90 muito alta. Procuraram-se valores de consistência interna acima de 0,75 (Marôco, 2010).

Procedeu-se, de seguida, à correlação entre as diferentes variáveis de forma a se verificar a sua relação. O coeficiente pode variar entre -1 e 1, sendo mais forte a relação quando mais próximo estiver do valor um, seja ele negativo ou positivo. Quando o valor se encontra próximo de 0, a relação é considerada difusa ou não linear (Fortin, 2009). Para a análise da correlação entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, por ser considerado o mais poderoso (Martinez e Ferreira, 2010). Embora se tenha tido em conta este valor, valorizou-se o coeficiente de determinação (significância ou p), sendo que foram apenas considerados correlações com $p < 0,05$, ou seja, de alta significância estatística (Pestana e Gageiro, 2014). Foram assim eliminadas correlações com valores superiores a esses, ou seja, com um erro superior a 5%.

No seguimento do processo de validação, realizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que permite verificar a adequação da amostra do estudo e o teste de esfericidade de Bartlett que permite verificar se a matriz de correlação apresenta forte significância.

Segundo o que é recomendado por Marôco (2010) aceitaram-se somente valores superiores a 0,50, já que, inferiores a estes são estatisticamente considerados inaceitáveis (Tabela 1).

Tabela 1 - Recomendações dos valores de KMO

KMO	Recomendação
0,9 – 1	Excelente
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Média
0,6 – 0,7	Medíocre
0,5 – 0,6	Mau mas ainda aceitável
≤ 0,5	Inaceitável

Adaptado de Marôco, (2010)

Para o teste de esfericidade de Bartlett, aceitaram-se valores de significância inferiores a 0,05.

Foram também analisados os resultados da variância de cada questão, para se perceber quanto cada questão explica essa mesma variância. Após os fatores extraídos, as comunalidades foram calculadas sendo estas uma medida da proporção explicada pelos fatores extraídos.

As respostas à ultima questão, onde se pedem recomendações para melhoria da segurança do doente, foram agrupada em categorias e subcategorias.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados conforme os objetivos definidos.

Inicialmente foram analisados os resultados das várias questões referentes à caracterização da amostra. Os resultados são apresentados com recurso a tabelas e, na interpretação, dar-se-á importância relevante aos resultados que sobressaem e se revelam fundamentais na análise, tendo em conta os objetivos do estudo.

Foi efetuada a análise das respostas às 64 questões do SAQ (ICUv) – tradução portuguesa e, de seguida, efetuada a análise fatorial de forma a validar o instrumento de recolha de dados. Este processo permitiu eliminar as questões estatisticamente não significativas resultando no SAQ (ICUv) versão portuguesa. Prosseguiu-se com a análise dos resultados, tendo por base a reflexão crítica e a comparação com estudos semelhantes, efetuados em ambiente culturais diferentes.

A análise das recomendações efetuadas pelos enfermeiros foram agrupadas nas categorias: humanas e organizacionais, de forma a facilitar a sua interpretação, tendo por base a revisão de literatura relevante. As respostas referentes à qualidade de colaboração entre os elementos das várias categorias profissionais, são representadas através de tabela e efetuada análise crítica dos resultados.

Finalmente foram avaliadas as propriedades psicométricas, designadamente a fidelidade e validade do SAQ (ICUv) – versão portuguesa.

4.1. Caracterização da Amostra

Os participantes do estudo são predominantemente, do sexo feminino (65,8%), com uma média de idade de 37,59 anos e desvio padrão de 7,04, com idades compreendidas entre os 23 e os 60 anos de idade. Assinala-se uma maior representatividade no intervalo compreendido entre os 31 e os 40 anos de idade (55,9%), sendo a menor, a referente ao intervalo de indivíduos com idade superior a 50 anos de idade (4,9%) (tabela 2). Estes dados, comparados com os valores nacionais publicados pela OE (2015) no seu anuário estatístico, onde 81,9% são do sexo feminino e 18,1% do sexo masculino, verifica-se uma percentagem superior de enfermeiros do sexo masculino (34,2%) a desempenhar funções em unidades de cuidados intensivos. Saraiva (2015) apresenta, no seu estudo, valores semelhantes aos apresentados pela OE (2015), ou seja, 70,9% do sexo feminino e 29,1% do sexo masculino. Os dados da mesma publicação (OE, 2015), confirmam a

mesma tendência de distribuição dos enfermeiros de acordo com o grupo etário (33,1% para o grupo entre os 31 e os 40 anos e 18,3% para o grupo acima dos 50 anos de idade).

Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme as características sociodemográficas
(n=120)

SEXO	ni	%						
Masculino	41	34,2						
Feminino	79	65,8						

Idade (Estatística descritiva)								
GRUPO ETÁRIO	ni	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Moda	Mediana
20 – 30 anos	16	13,2	23	60	37,59	7,04	34	36
31 – 40 anos	67	55,9						
41 – 50 anos	31	25,9						
> 50 anos	6	4,9						

A distribuição da amostra no que se refere às características socioprofissionais são apresentadas na tabela que se segue (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo características socioprofissionais
(n=120)

CATEGORIA PROFISSIONAL	ni	%
Enfermeiro (generalista)	79	65,8
Enfermeiro Graduado	34	28,3
Enfermeiro Especialista	4	3,3
Enfermeiro Gestor / Funções de Chefia	1	0,8
Enfermeiro Chefe	2	1,7

VÍNCULO PROFISSIONAL	ni	%				
Contrato Trabalho em Funções Públicas	52	43,7				
Contrato a Termo Certo	4	3,4				
Contrato por Tempo Indeterminado	49	41,2				
Contrato Individual de Trabalho	14	11,8				
Sem resposta	1	0,83				

TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	ni	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0 – 5 anos	4	3,3	2 meses	38 anos	14,79 anos	6,83
6 – 10 anos	32	26,7				
11 – 15 anos	35	29,2				
16 – 20 anos	25	20,8				
21 – 25 anos	16	13,3				
> 25 anos	8	6,7				

TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA UCI	ni	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0 – 5 anos	37	30,8	2 meses	24 anos	9,54	6,29
6 – 10 anos	29	24,2				
11 – 15 anos	32	26,7				
16 - 20	15	12,5				
> 20 anos	7	5,8				

Relativamente à categoria profissional que desempenham no serviço verificou-se que 65,8% dos inquiridos possuem a categoria de Enfermeiro e 28,3% possuem a categoria de Enfermeiro graduado. Os restantes distribuem-se entre de Enfermeiro especialista (3,3%), Enfermeiro chefe (1,7%) e Enfermeiro Gestor ou com funções de chefia (0,8%). Estes últimos foram incluídos porque desempenham funções de chefia, embora não seja considerada uma categoria profissional.

Os dados publicados pela OE (2015), não permitem estabelecer comparação já que os mesmos incluem 51,7% dos enfermeiros como tendo uma área de atuação desconhecida pela organização.

No que respeita ao tipo de vínculo profissional que possuem com a instituição, somente um inquirido não respondeu à pergunta, sendo que as restantes respostas se dividiram pelas quatro opções dadas. Em regime de contrato de trabalho em funções públicas, responderam 43,7% dos enfermeiros sendo que, em contrato por tempo indeterminado foram 41,2%. Em números menos representativos foram os indivíduos que responderam terem um vínculo de contrato a termo certo (3,4%) e os que responderam possuírem um contrato individual de trabalho (11,8%).

Ao questionar-se os enfermeiros sobre o seu tempo de experiência profissional, verificou-se que o valor mínimo se situa em 2 meses e o valor máximo em 38 anos. A média é de 14,79 anos, sendo o desvio padrão de 6,83. A maioria dos participantes no que se refere à experiência profissional situa-se no intervalo entre 6 e 25 anos, distribuídos da seguinte forma: 26,7% tem entre 6 e 10 anos de experiência, 29,2% entre 11 e 15 e 20,8% entre e 16 e 20 anos. Com percentagens menos representativas, estão aqueles com experiência profissional com menos de 5 anos (3,3%) e com mais de 25 anos (6,7%).

Relativamente ao tempo de experiência profissional na UCI onde trabalham, verifica-se uma distribuição percentual relativamente equilibrada de entre três dos cinco intervalos representados na tabela. De um mínimo de 2 meses a um máximo de 24 anos e com uma média de 9,54 anos e desvio padrão de 6,29. A maior percentagem, encontra-se no intervalo entre 0 e 5 anos, com 30,8%, seguindo-se o intervalo entre os 11 e 15 anos com 26,7% e 24,2% entre os 6 e os 10 anos. Com menor percentagem, encontram-se aqueles que se incluem no intervalo entre 16 e 20 anos (12,5%) e por último, 5,8% com experiência superior a 20 anos.

Relativamente à formação académica e profissional, verificamos que 73 (60,8%) dos inquiridos referem ter formação pós – graduada, para além da licenciatura em enfermagem, nomeadamente mestrado (13,7%), especialidade em enfermagem (38,3%), pós-graduação (48,0%), (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a formação pós-graduada
(n=73)

FORMAÇÃO ACADÉMICA	ni	%
Mestrado	10	13,7
Especialista em Enfermagem	28	38,3
Pós-Graduação	35	48,0

Da análise dos resultados apresentados, embora se verifique que 38,3% dos enfermeiros, possuam uma especialidade em Enfermagem, apenas 4 enfermeiros possuem a categoria profissional de enfermeiro especialista, no local onde desempenham funções.

No que se refere ao regime de trabalho, obtiveram-se 119 respostas, verificando-se que a grande maioria se encontra a realizar horário rotativo (94,1%) e os restantes 5% em regime de horário fixo (Tabela 5).

Relativamente ao total de horas que trabalha como enfermeiro(a), a grande maioria (94,2%) refere trabalhar 40 horas por semana, sendo que 4,2% (5) dos inquiridos referem trabalhar mais que esse número, com um máximo de 55 horas por semana, pelo que a média se situa em 40,7 horas com um desvio padrão de 2,9. Dois dos inquiridos (1,7%) optaram por não responder à pergunta.

No que se refere ao desempenho da atividade profissional noutra instituição em regime de acumulação, 26,7 responderam que o fazem, enquanto que 70,8% responderam negativamente à pergunta. Dos inquiridos, 3 (2,5%) optaram não responder.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o regime de trabalho, horas de trabalho semanais e atividade em outra instituição (n=120)

REGIME DE TRABALHO	ni	%				
Horário fixo	6	5,0				
Horário rotativo	113	94,1				
Sem resposta	1	0,8				
TOTAL DE HORAS SEMANAIS QUE TRABALHA COMO ENFERMEIRO(A)	ni	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
40 horas	113	94,2	40 horas	55 horas	40,7 horas	2,9
> 40 horas	5	4,2				
Sem resposta	2	1,7				
DESEMPENHA ATIVIDADE PROFISSIONAL EM OUTRA INSTITUIÇÃO	ni	%				
Sim	32	26,7				
Não	85	70,8				
Sem resposta		2,5				
	3					

4.2. Análise descritiva do SAQ (ICUv) - Tradução portuguesa

A análise descritiva do SAQ (ICUv), tradução portuguesa, realizou-se pela análise das respostas às 64 questões principais e após a reversão das respostas às questões 12, 26 e 62, representadas como R na tabela 6, onde se apresenta as frequências absolutas e respetiva percentagem e que se encontram agrupadas de acordo com as indicações dos autores.

Tabela 6 – Frequência das respostas do SAQ (ICUv) - tradução portuguesa

Questão	1		2		3		4		5		6		
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	
Trabalho em equipe	3	5	4.2	20	16.7	31	25.8	46	38.3	17	14.2	1	0.8
	20	3	2.5	20	16.7	37	30.8	46	38.3	13	10.8	1	0.8
	26R	1	0.8	33	27.5	29	24.2	41	34.2	16	13.3	0	0.0
	32	13	10.8	24	20.0	25	20.8	40	33.3	17	14.2	1	0.8
	36	1	0.8	7	5.8	16	13.3	60	50.0	36	30.0	0	0.0
	37	1	0.8	7	5.8	10	8.3	63	52.5	39	32.5	0	0.0
	39	4	3.3	12	10.0	28	23.3	56	46.7	20	16.7	0	0.0
	40	7	5.8	27	22.5	22	18.3	42	35.0	22	18.3	0	0.0
	41	18	15.0	21	17.5	39	32.5	35	29.2	7	5.8	0	0.0
	46	2	1.7	7	5.8	4	3.3	33	27.5	74	61.7	0	0.0
	48	4	3.3	14	11.7	37	30.8	45	37.5	20	16.7	0	0.0
	53	8	6.7	21	17.5	39	32.5	39	32.5	12	10.0	1	0.8
	59	15	12.5	31	25.8	21	17.5	43	35.8	10	8.3	0	0.0
	61	14	11.7	39	32.5	32	26.7	23	19.2	12	10	0	0.0
	62R	8	6.7	19	15.8	26	21.7	45	37.5	21	17.5	1	0.8
Clima de segurança	4	3	2.5	6	5.0	16	13.3	48	40.0	47	39.2	0	0.0
	5	9	7.5	15	12.5	40	33.3	41	34.2	14	11.7	1	0.8
	11	11	9.2	32	26.7	35	29.2	29	24.2	11	9.2	2	1.7
	12R	11	9.2	35	29.2	42	35.0	25	20.8	6	5.0	1	0.8
	13	2	1.7	2	1.7	3	2.5	20	16.7	93	77.5	0	0.0
	14	6	5.0	6	5.0	14	11.7	47	39.2	46	38.3	1	0.8
	16	13	10.8	30	25.0	19	15.8	42	35.0	16	13.3	0	0.0
	17	2	1.7	13	10.8	13	10.8	48	40.0	43	35.8	1	0.8
	22	10	8.3	17	14.2	48	40.0	34	28.3	11	9.2	0	0.0
	23	13	10.8	14	11.7	39	32.5	43	35.8	11	9.2	0	0.0
	29	20	16.7	28	23.3	25	20.8	28	23.3	19	15.8	0	0.0
	30	2	1.7	17	14.2	22	18.3	59	49.2	20	16.7	0	0.0
	38	20	16.7	23	19.2	23	19.2	36	30.0	18	15.0	0	0.0
	43	4	3.3	15	12.5	24	20.0	46	38.3	31	25.8	0	0.0
	47	54	45.0	22	18.3	20	16.7	19	15.8	5	4.2	0	0.0
	51	5	4.2	14	11.7	23	19.2	58	48.3	18	15.0	2	1.7
	52	8	6.7	12	10.0	40	33.3	35	29.2	25	20.8	0	0.0
	54	3	2.5	5	4.2	6	5.0	59	49.2	47	39.2	0	0.0
	55	3	2.5	10	8.3	24	20.0	56	46.7	27	22.5	0	0.0
	56	3	2.5	12	10.0	64	53.3	27	22.5	14	11.7	0	0.0
57	29	24.2	18	15.0	64	53.3	4	3.3	5	4.2	0	0.0	
58	3	2.5	7	5.8	29	24.2	50	41.7	31	25.8	0	0.0	
60	25	20.8	35	29.2	16	13.3	35	29.2	8	6.7	1	0.8	
63	5	4.2	10	8.3	34	28.3	40	33.3	30	25.0	1	0.8	
64	20	16.7	19	15.8	42	35.0	25	20.8	14	11.7	0	0.0	
Satisfação prof.	2	1	0.8	2	1.7	8	6.7	43	35.8	65	54.2	1	0.8
	8	16	13.3	28	23.3	42	35.0	30	25.0	4	3.3	0	0.0
	15	4	3.3	18	15.0	43	35.8	42	35.0	12	10.0	1	0.8
	31	5	4.2	15	12.5	50	41.7	40	33.3	9	7.5	1	0.8
44	14	11.7	29	24.2	37	30.8	34	28.3	6	5.0	0	0.0	
Reconhecimento o de stress	1	2	1.7	1	0.8	9	7.5	51	42.5	57	47.5	0	0.0
	27	6	5.0	16	13.3	8	6.7	40	33.3	50	41.7	0	0.0
	33	2	1.7	17	14.2	10	8.3	47	39.2	44	36.7	0	0.0
	34	9	7.5	12	10.0	14	11.7	49	40.8	35	29.2	1	0.8
	35	18	15.0	26	21.7	32	26.7	31	25.8	12	10	1	0.8
	49	12	10.0	24	20.0	14	11.7	48	40.0	22	18.3	0	0.0
50	12	10.0	24	20.0	14	11.7	49	40.8	21	17.5	0	0.0	
Perceções sobre gestão	9	33	27.5	38	31.7	36	30	9	7.5	3	2.5	1	0.8
	10	54	45.0	34	28.3	26	21.7	4	3.3	2	1.7	0	0.0
	18	3	2.5	14	11.7	51	42.5	34	28.3	17	14.2	1	0.8
	19	10	8.3	32	26.7	16	13.3	42	35.0	20	16.7	0	0.0
	21	14	11.7	24	20.0	49	40.8	26	21.7	7	5.8	0	0.0
Condições de trabalho	28	5	4.2	33	27.5	39	32.5	34	28.3	8	6.7	1	0.8
	6	5	4.2	29	24.2	38	31.7	37	30.8	10	8.3	1	0.8
	7	2	1.7	20	16.7	19	15.8	67	55.8	12	10.0	0	0.0
	24	22	18.3	26	21.7	64	53.3	7	5.8	1	0.8	0	0.0
	25	2	1.7	7	5.8	11	9.2	59	49.2	41	34.2	0	0.0
	42	30	25.0	42	35.0	20	16.7	20	16.7	7	5.8	1	0.8
	45	4	3.3	9	7.5	35	29.2	42	35.0	26	21.7	4	3.3

1 = Discordo Completamente; 2 = Discordo Parcialmente; 3 = Não concordo nem discordo;
4 = Concordo Parcialmente; 5 = Concordo Completamente; 6 = Não resposta

A análise dos resultados descritos na tabela 6 teve em conta as diferentes dimensões do instrumento original, constatando-se uma dispersão das respostas entre as várias opções. Verifica-se a existência de *não resposta* em algumas questões, salientando-se que o valor mais elevado (4) se situa na questão 45 - *Os formandos na minha disciplina são devidamente supervisionados*.

Na dimensão **trabalho em equipa**, nota-se uma perceção tendencialmente positiva. De realçar as questões 36-*Tenho o apoio necessário de outros elementos na prestação de cuidados aos doentes*, 37-*É fácil para os elementos do pessoal nesta UCI fazer perguntas quando surge algo que não entendem*, 39-*Em situações de emergência, consigo prever o que os outros elementos do pessoal irão fazer a seguir*, 46-*Conheço o nome e apelido de todos os elementos do pessoal com quem trabalhei durante o meu último turno* e 48-*Os médicos/intensivistas nesta UCI estão a fazer um bom trabalho*, que apresentam mais de 50% das respostas posicionadas no Concordo parcialmente e Concordo completamente. Em sentido oposto, algumas respostas posicionaram-se numa perceção mais negativa relativamente a esta dimensão. São exemplo disso as questões 32-*Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente)*, 41-*Muitas vezes, não consigo mostrar desacordo com médicos/intensivistas nesta UCI*, 59-*Em situações de emergência (ex., reanimações de urgência), o meu desempenho não é afetado por trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capaz* e a 61-*São vulgares as quebras de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados*. Nestas, as respostas incidiram principalmente no Discordo completamente e Discordo parcialmente. Verificou-se também um valor considerável de respostas na opção Não concordo nem discordo.

No que diz respeito à dimensão **clima de segurança**, verificou-se uma dispersão dos resultados entre as várias opções de resposta. De notar os valores da questão 54-*As questões importantes são devidamente comunicadas aquando das mudanças de turno*, com 49,2% a concordarem parcialmente e 39,2 a concordarem completamente. Exemplos relevantes de perceção negativa são as questões 47-*Já cometi erros com o potencial para prejudicar os doente* (com 45% das respostas em Discordo completamente e 18,3% em Discordo parcialmente) e a questão 60-*O pessoal muitas vezes ignora os regulamentos ou as diretivas (ex., lavagem de mãos, protocolos de tratamento/processos clínicos, área estéril, etc) estabelecidos para esta UCI* (com 20,8% das respostas a situarem-se na opção Discordo completamente e 29,2% na Discordo parcialmente). De notar ainda os 53,3% de respostas situadas na opção Não concordo nem discordo nas perguntas 56-*O pessoal não é castigado por erros denunciados através de relatórios de incidentes* e 57-*A denúncia de erros é recompensada nesta UCI*.

Na dimensão **satisfação profissional**, verificaram-se respostas que vão de encontro a uma percepção positiva dos inquiridos, realçando-se a questão 2-*Gosto do meu trabalho*, onde 54,2% responderam concordar completamente com esta afirmação e 35,8 concordaram parcialmente. Em oposto, 36,6% responderam discordar completamente ou parcialmente na questão 8-*Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família* e 35,9% na questão 44-*O moral nesta UCI é elevado*.

No que respeita à dimensão **reconhecimento de stress**, mais uma vez se verifica alguma dispersão dos resultados, embora com maior incidência nas opções Concordo completamente e Concordo parcialmente, sendo a questão 1-*Nesta UCI, é comum a ocorrência de elevados volumes de trabalho*, a que teve maior percentagem nestas opções (47,5% e 42,5% respetivamente).

Relativamente à dimensão **percepções sobre a gestão**, verificou-se também a tendência geral de dispersão das respostas, embora com percentagens relativamente baixas na resposta Concordo completamente. Realça-se a questão 10-*A administração do hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia* que obteve 28,3% das respostas em Discordo parcialmente e 45,0% em Discordo completamente. Verificaram-se consideráveis percentagens na opção de resposta Não concordo nem discordo, nomeadamente nas questões 18-*A gerência do hospital não põe em causa, propositadamente, a segurança dos doentes* (42,5%) e 21-*Este hospital incentiva o trabalho em equipa e a cooperação entre o respectivo pessoal* (40,8%).

Na dimensão **condições de trabalho** os resultados revelam uma percepção positiva da segurança doente, nomeadamente 55,8% que Concordam parcialmente na questão 7-*São-me regularmente disponibilizadas todas as informações necessárias para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas* e 83,4% que dividiram as suas respostas entre o Concordo parcialmente e Concordo completamente na questão 25-*O equipamento clínico nesta UCI é o adequado*. De notar ainda que na questão 42-*Volumes de trabalho muito grandes estimulam e melhoram o meu desempenho*, 25,0% responderam discordar completamente e 35,0% discordam parcialmente. Verificou-se ainda que, na questão 24-*Este hospital lida, de uma forma construtiva, com pessoal problemático*, 53,3% responderam Não concordo nem discordo.

Na tabela seguinte (tabela 7), apresenta-se a análise descritiva da totalidades das respostas do SAQ (ICUv) versão portuguesa, no que se refere à média, mediana, desvio padrão e valor máximo e mínimo.

Tabela 7 – Análise descritiva das respostas ao SAQ (ICUv) tradução portuguesa

	Questão	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Trabalho em equipe	3	3.42	4.00	1.062	1	5
	20	3.39	3.00	0.975	1	5
	26R	3.32	3.00	1.045	1	5
	32	3.20	3.00	1.232	1	5
	36	4.03	4.00	0.864	1	5
	37	4.10	4.00	0.844	1	5
	39	3.63	4.00	0.987	1	5
	40	3.38	4.00	1.189	1	5
	41	2.93	3.00	1.143	1	5
	46	4.42	5.00	0.931	1	5
	48	3.63	4.00	1.012	1	5
	53	3.22	3.00	1.067	1	5
	59	3.02	3.00	1.209	1	5
	61	2.83	3.00	1.169	1	5
	62R	3.44	4.00	1.154	1	5
Clima de segurança	4	4.08	4.00	0.975	1	5
	5	3.30	3.00	1.078	1	5
	11	2.97	3.00	1.128	1	5
	12R	2.83	3.00	1.028	1	5
	13	4.67	5.00	0.760	1	5
	14	4.02	4.00	1.081	1	5
	16	3.15	3.00	1.248	1	5
	17	3.98	4.00	1.033	1	5
	22	3.16	3.00	1.053	1	5
	23	3.21	3.00	1.114	1	5
	29	2.98	3.00	1.335	1	5
	30	3.65	4.00	0.976	1	5
	38	3.08	3.00	1.329	1	5
	43	3.71	4.00	1.088	1	5
	47	2.16	2.00	1.270	1	5
	51	3.58	4.00	1.023	1	5
	52	3.48	3.50	1.130	1	5
	54	4.18	4.00	0.898	1	5
	55	3.78	4.00	0.972	1	5
Satisfação profissional	56	3.31	3.00	0.896	1	5
	57	2.48	3.00	1.029	1	5
	58	3.83	4.00	0.967	1	5
	60	2.71	2.00	1.277	1	5
	63	3.67	4.00	1.074	1	5
Reconhecimento de stress	64	2.95	3.00	1.229	1	5
	2	4.42	5.00	0.765	1	5
	8	2.82	3.00	1.061	1	5
	15	3.34	3.00	0.968	1	5
	31	3.28	3.00	0.929	1	5
Percepções sobre a gestão	44	2.91	3.00	1.092	1	5
	1	4.33	4.00	0.792	1	5
	27	3.93	4.00	1.214	1	5
	33	3.95	4.00	1.083	1	5
	34	3.75	4.00	1.202	1	5
Condições de trabalho	35	2.94	3.00	1.223	1	5
	49	3.37	4.00	1.270	1	5
	50	3.36	4.00	1.262	1	5
	9	2.25	2.00	1.027	1	5
	10	1.88	2.00	0.972	1	5
	18	3.40	3.00	0.960	1	5
	19	3.25	4.00	1.252	1	5
	21	2.90	3.00	1.056	1	5
	28	3.06	3.00	1.002	1	5
	6	3.15	3.00	1.022	1	5
	7	3.56	4.00	0.942	1	5
	24	2.49	3.00	0.889	1	5
	25	4.08	4.00	0.904	1	5
	42	2.43	2.00	1.204	1	5
	45	3.66	4.00	1.021	1	5

Pela análise descritiva das respostas representadas na tabela 7, foram atribuídos valores numéricos, designadamente Discordo completamente = 1; Discordo parcialmente = 2; Não concordo nem discordo = 3; Concordo parcialmente = 4 Concordo completamente = 5. Em todas as questões as respostas situaram-se entre o valor mínimo de 1 e máximo de 5.

Verificou-se que a mediana varia entre 2 (Discordo parcialmente) e 5 (Concordo completamente), sendo que 29 questões apresentaram mediana de 3 e 27 de 4. A média, variou entre 1,88 (com um desvio padrão de 0,972) e 4,67 (com desvio padrão de 0,760).

As questões 2-*Nesta UCI, é comum a ocorrência de elevados volumes de trabalho* (dimensão **satisfação profissional**), 13-*Os briefings (ex., relatórios sobre os doentes aquando da mudança de turno) são importantes para a segurança do doente* (dimensão **clima de segurança**) e 46-*Conheço o nome a apelido de todos os elementos do pessoal com quem trabalhei durante o meu último turno* (dimensão **trabalho em equipa**) apresentaram mediana de 5, significando que um elevado número de inquiridos responderam concordar completamente.

Em sentido oposto, as questões 47-*Já cometi erros com o potencial para prejudicar os doentes*, 60-*O pessoal muitas vezes ignora os regulamentos ou as diretivas (ex., lavagem de mãos, protocolos de tratamento/processos clínicos, área estéril, etc.) estabelecidos para esta UCI* (incluídas na dimensão **clima de segurança**), 9-*A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho*, 10-*A administração do hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia* (incluídas na dimensão **percepções sobre a gestão**) e a questão 42-*Volumes de trabalho muito grandes estimulam e melhoram o meu desempenho* (dimensão **condições de trabalho**) apresentaram valores de mediana mais baixo (2).

Após a análise descritiva que permitiu perceber como se situavam os Enfermeiros que constituem a amostra do estudo, face às diferentes questões e respetivas dimensões, prosseguiu-se para a análise factorial no sentido da validação do referido instrumento.

Optou-se por manter o agrupamento das questões em diferentes dimensões, com base na indicação dos autores (Sexton [et al.], 2016). Realça-se que embora algumas questões não tenham sido agrupadas em qualquer dimensão pelos autores (por estes não considerarem relevantes para o seu estudo), foi dada indicação pelos mesmos, de que poder-se-ia efetuar a análise das mesmas, de forma a ser verificada a sua adequabilidade nas dimensões existentes (Anexo 3). Assim, após análise factorial exploratória, essas questões foram alocadas às dimensões nas quais apresentaram maior correlação.

Foram efetuados testes de forma a verificar a adequação da amostra para a realização da análise factorial, e neste sentido determinamos a medida KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de esfericidade de Bartlett que permite verificar se a matriz de correlações é uma matriz de identidade sendo que o seu nível de significância deve ser inferior a 0,5, e

segundo Marôco (2010) para que a amostra seja adequada, deve ter um valor de KMO superior a 0,800.

Como se verifica através da (Tabela 8) o valor de KMO é superior a 0,800 e o teste de Bartlett, apresenta valores estatísticos altamente significantes (sig.=0,000).

Tabela 8 - Valores de KMO e da esfericidade de Bartlett para a tradução portuguesa do SAQ (UCIv)

KMO		0,865
Teste de Esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	2112,593
	Df	561
	Sig.	0,000

Face aos valores obtidos para a amostra em estudo, concluímos pela sua validade para prosseguir para a análise fatorial dos dados de forma a “explicar a correlação entre as variáveis observadas, simplificando os dados através da redução num número de variáveis necessárias para os descrever” (Pestana e Gageiro, 2014, p.519).

Procedeu-se à análise da significância da correlação (p) entre as questões, procurando-se uma correlação próxima de 1 e um valor de $p < 0,05$ (Fortin, 2009).

Efetuuou-se a análise das comunalidades tratando-se de uma medida de proporção da variância explicada pelos fatores extraídos (Marôco, 2010), determinando-se o peso da questão, sendo que *“baixa comunalidade entre um grupo de variáveis é um indício de que elas não estão linearmente correlacionadas e, por isso, não devem ser incluídas na análise factorial”* (Figueiredo e Silva, 2010. p. 176). Os mesmos autores defendem que valores abaixo de 0,5 deverão ser eliminados.

Foi igualmente analisada a carga factorial das questões de forma a determinar o seu peso e a interpretatibilidade das correlações.

Da análise fatorial, verificou-se a existência de 30 questões com baixa significância de correlações e/ou comunalidades. Essas questões encontram-se representadas na tabela 9, onde são também apresentados, a negrito, os valores que levaram à sua eliminação.

Tabela 9 - Distribuição das questões eliminadas e valores de significância, correlações e comunalidades

	Questão eliminada	Significância (p)	Comunalidades	Carga fatorial (1)
Trabalho em equipa	20-A tomada de decisões nesta UCI implica a utilização de opiniões de pessoal relevante.	0,347	0,394	0,40
	39-Em situações de emergência, consigo prever o que os outros elementos do pessoal irão fazer a seguir.	0,55	0,616	0,111
	41-Muitas vezes não consigo mostrar desacordo com médicos / intensivistas nesta UCI.	0,329	0,672	0,49
	46-Conheço o nome e apelido de todos os elementos do pessoal com quem trabalhei durante o meu último turno.	0,406	0,562	0,080
	48-Os médicos/intensivistas nesta UCI estão a fazer um bom trabalho.	0,406	0,564	0,044
	53-As interações nesta UCI são as que se verifica entre colegas, e não hierárquicas.	0,435	0,781	0,099
	59-Em situações de emergência (ex., reanimações de urgência), o meu desempenho não é afetado por trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capaz.	0,335	0,566	0,079
Clima de Segurança	11-Recebo feed-back adequado acerca do meu desempenho.	0,482	0,544	0,81
	12R-Nesta UCI, é difícil falar acerca de erros.	0,272	0,571	0,140
	13-Os briefings (ex., relatórios sobre os doentes aquando da mudança de turno) são importantes para a segurança do doente.	0,420	0,684	0,032
	14-Briefings pormenorizados são comuns nesta UCI.	0,368	0,634	0,84
	16-Quando me interrompem, não fica afetada a segurança a segurança dos meus doentes.	0,328	0,647	0,04
	22-Sou incentivado(a) pelos meus colegas a denunciar quaisquer preocupações que possa ter em matéria de segurança dos doentes.	0,256	0,613	0,027
	29-Já vi erros a serem cometidos por outros que poderiam prejudicar os doentes.	0,406	0,653	0,271
	38-As perturbações na continuidade de cuidados prestados (ex., mudanças de turnos, transferências de doentes, etc.) podem ser prejudiciais para a segurança dos doentes.	0,379	0,610	0,020
	43-O pessoal verdadeiramente profissional sabe deixar para trás os problemas pessoais quando está a trabalhar.	0,187	0,587	0,157
	47-Já cometi erros com o potencial para prejudicar os doentes.	0,371	0,738	0,053
	51-Se necessário, sei como denunciar erros que ocorram nesta UCI.	0,450	0,575	0,179
	56-O pessoal não é castigado por erros denunciados através de relatórios de incidentes.	0,340	0,663	0,136
	57-A denúncia de erros é recompensada nesta UCI.	0,352	0,509	0,136
	58-As informações obtidas através de relatórios de incidentes servem para tornar mais seguros os cuidados prestados aos doentes nesta UCI.	0,482	0,576	0,203
	60-O pessoal muitas vezes ignora os regulamentos ou as diretivas (ex., lavagem de mãos, protocolos de tratamento/processos clínicos, área estéril, etc.) estabelecidos para esta UCI.	0,226	0,603	0,038
	63-Um sistema confidencial de denúncias que documente incidentes clínicos é benéfico para melhorar a segurança dos doentes.	0,498	0,616	0,007
	64-Posso hesitar em utilizar um sistema para a denúncia de incidentes clínicos por recear ser identificado.	0,470	0,592	0,040
R.Stress	1-Nesta UCI, é comum a ocorrência de elevados volumes de trabalho.	0,416	0,968	0,09
Perceções sobre a gestão	18-A gerência dos hospital não põe em causa, propositadamente, a segurança dos doentes.	0,120	0,418	0,125
	19-O número de elementos nesta UCI são suficientes para lidar com o número de doentes.	0,071	0,432	0,080
	28-São dadas informações adequadas e em tempo oportuno acerca de eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho.	0,117	0,551	0,896
Condições Trabalho	25-O equipamento clínico nesta UCI é o adequado.	0,370	0,763	-0,057
	42-Volumes de trabalho muito grandes estimulam e melhoram o meu desempenho.	0,256	0,300	0,094

(1) Carga fatorial após rotação dos fatores
Valores a negrito representam o motivo de exclusão da questão

As questões com alta significância estatística mantiveram-se agrupadas em diferentes dimensões, constituindo assim a versão portuguesa do SAQ (ICUv) que, a partir daqui,

será denominada por Questionário de Atitudes e Segurança – UCI versão portuguesa (QAS-UCIvp), (Quadro 11), procedendo-se à sua análise estatística descritiva e inferencial.

Quadro 11 – Questões constituintes do QAS-UCIvp

Dimensão	Questão
Trabalho em equipa	<p>As opiniões dos enfermeiros são bem recebidas nesta UCI,</p> <p>Nesta UCI é difícil falar acerca de algum problema que eu possa notar a nível dos cuidados do doente.</p> <p>Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente).</p> <p>Tenho o apoio necessário de outros elementos na prestação de cuidados aos doentes.</p> <p>É fácil para os profissionais nesta UCI fazerem perguntas quando surge algo que não entendem.</p> <p>Nesta UCI os médicos e enfermeiros trabalham em conjunto, como equipa devidamente coordenada.</p> <p>São vulgares as quebras de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados.</p> <p>São vulgares as quebras de comunicação que afetam negativamente os cuidados aos doentes.</p>
Clima de segurança	<p>Sentia-me seguro a ser tratado aqui, como paciente</p> <p>Nesta UCI lida-se de forma apropriada com os erros clínicos.</p> <p>Todo o pessoal na minha UCI assume responsabilidade pela segurança dos doentes.</p> <p>A cultura nesta UCI facilita a aprendizagem com os erros dos outros.</p> <p>Conheço os procedimentos certos para encaminhar questões relativamente à segurança dos doentes nesta UCI.</p> <p>Está a ser constantemente reforçada a segurança dos doentes como prioridade desta UCI.</p> <p>As questões importantes são devidamente comunicadas aquando das mudanças de turno.</p> <p>Nesta UCI existe uma aderência generalizada às diretivas clínicas e aos critérios baseados em evidências.</p>
Satisfação profissional	<p>Gosto do meu trabalho</p> <p>Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família.</p> <p>Este hospital é um bom lugar para trabalhar</p> <p>Sinto orgulho por trabalhar neste hospital.</p> <p>O moral nesta UCI é elevado.</p>
Reconhecimento de stress	<p>Quando o meu volume de trabalho se torna excessivo, o meu desempenho fica prejudicado.</p> <p>Sou menos eficaz no serviço quando me sinto cansado(a).</p> <p>É mais provável eu cometer erros em situações hostis ou de tensão.</p> <p>O stress derivado de problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho.</p> <p>O cansaço prejudica o meu desempenho em situações de emergência (ex. Reanimação, convulsões).</p> <p>O cansaço prejudica o meu desempenho na prestação de cuidados de rotina (ex. Revisão de medicação, verificação dos ventiladores, ordens de transferência).</p>
Perc gestão	<p>A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho.</p> <p>A administração deste hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia.</p> <p>Este hospital incentiva o trabalho em equipa e a cooperação entre o respetivo pessoal.</p>
Condições de trabalho	<p>Este hospital faz um bom trabalho na formação de novos elementos.</p> <p>São regularmente disponibilizadas todas as informações necessárias para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas.</p> <p>Este hospital lida, de uma forma construtiva, com pessoal problemático.</p> <p>Os formandos na minha profissão são devidamente supervisionados.</p>

A análise descritiva dos dados estatisticamente significativos é apresentada de seguida, pretendendo-se expor os valores recolhidos e explorar relações entre as variáveis, tendo-se mantido o princípio relativamente às questões formuladas pela negativa, que foram consideradas em sentido inverso.

Os dados da tabela 10 indicam a distribuição das respostas nas diferentes questões, verificando-se uma maior incidência de respostas nos itens Concordo parcialmente e Concordo completamente. Verifica-se que cerca de 50% das respostas encontram-se entre estes dois itens. Verifica-se que, em algumas questões, os inquiridos optaram por não responder, sendo de realçar as 4 não respostas na questão 34-*Os formandos da minha disciplina são devidamente formados*. Nas restantes questões, os valores das não respostas variaram entre 0 e 1.

Tabela 10 – Frequência das respostas do QAS-UCIvp após eliminação de questões

Questão		1		2		3		4		5		6	
		ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Trabalho em equipa	1	5	4.2	20	16.7	31	25.8	46	38.3	17	14.2	1	0.8
	2*	1	0.8	33	27.5	29	24.2	41	34.2	16	13.3	0	0.0
	3	13	10.8	24	20.0	25	20.8	40	33.3	17	14.2	1	0.8
	4	1	0.8	7	5.8	16	13.3	60	50.0	36	30.0	0	0.0
	5	1	0.8	7	5.8	10	8.3	63	52.5	39	32.5	0	0.0
	6	7	5.8	27	22.5	22	18.3	42	35.0	22	18.3	0	0.0
	7	14	11.7	39	32.5	32	26.7	23	19.2	12	10	0	0.0
	8*	8	6.7	19	15.8	26	21.7	45	37.5	21	17.5	1	0.8
Clima de Segurança	9	3	2.5	6	5.0	16	13.3	48	40.0	47	39.2	0	0.0
	10	9	7.5	15	12.5	40	33.3	41	34.2	14	11.7	1	0.8
	11	2	1.7	13	10.8	13	10.8	48	40.0	43	35.8	1	0.8
	12	13	10.8	14	11.7	39	32.5	43	35.8	11	9.2	0	0.0
	13	2	1.7	17	14.2	22	18.3	59	49.2	20	16.7	0	0.0
	14	8	6.7	12	10.0	40	33.3	35	29.2	25	20.8	0	0.0
	15	3	2.5	5	4.2	6	5.0	59	49.2	47	39.2	0	0.0
	16	3	2.5	10	8.3	24	20.0	56	46.7	27	22.5	0	0.0
Satisfaçã oProf.	17	1	0.8	2	1.7	8	6.7	43	35.8	65	54.2	1	0.8
	18	16	13.3	28	23.3	42	35.0	30	25.0	4	3.3	0	0.0
	19	4	3.3	18	15.0	43	35.8	42	35.0	12	10.0	1	0.8
	20	5	4.2	15	12.5	50	41.7	40	33.3	9	7.5	1	0.8
	21	14	11.7	29	24.2	37	30.8	34	28.3	6	5.0	0	0.0
Reconhec. de Stress	22	6	5.0	16	13.3	8	6.7	40	33.3	50	41.7	0	0.0
	23	2	1.7	17	14.2	10	8.3	47	39.2	44	36.7	0	0.0
	24	9	7.5	12	10.0	14	11.7	49	40.8	35	29.2	1	0.8
	25	18	15.0	26	21.7	32	26.7	31	25.8	12	10	1	0.8
	26	12	10.0	24	20.0	14	11.7	48	40.0	22	18.3	0	0.0
	27	12	10.0	24	20.0	14	11.7	49	40.8	21	17.5	0	0.0
P. sobre a Gestão	28	33	27.5	38	31.7	36	30	9	7.5	3	2.5	1	0.8
	29	54	45.0	34	28.3	26	21.7	4	3.3	2	1.7	0	0.0
	30	14	11.7	24	20.0	49	40.8	26	21.7	7	5.8	0	0.0
C. de Trabalho	31	5	4.2	29	24.2	38	31.7	37	30.8	10	8.3	1	0.8
	32	2	1.7	20	16.7	19	15.8	67	55.8	12	10.0	0	0.0
	33	22	18.3	26	21.7	64	53.3	7	5.8	1	0.8	0	0.0
	34	4	3.3	9	7.5	35	29.2	42	35.0	26	21.7	4	3.3

1 = Discordo Completamente; 2 = Discordo Parcialmente; 3 = Não concordo nem discordo;

4 = Concordo Parcialmente; 5 = Concordo Completamente; 6 = Não resposta

* - valores invertidos

Como refere Ribeiro (2010, p. 130) “os números... só fazem sentido se forem conceptualmente enquadrados pelo desenho de investigação e pela leitura e arrumação que é feita pelo investigador”. Desta forma, convém serem analisados os resultados com base na dimensão onde se integram de forma a melhor serem compreendidos.

Relativamente à dimensão **trabalho em equipa**, a maioria dos inquiridos situou as suas respostas em Concordo parcialmente ou Concordo completamente. No entanto os valores das respostas à pergunta 3-*Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente)* e 7-*São vulgares as quebras de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados*, encontram-se dispersas entre as várias opções. Estes dados mostram uma perceção favorável do clima de trabalho em equipa e da importância reconhecida de trabalhar com o objetivo comum de prestar os melhores cuidados ao doente (Steinwachs [et al], 2004).

Na dimensão **clima de segurança** uma parte significativa dos inquiridos centrou as suas respostas entre o Concordo parcialmente e o Concordo completamente. Quase metade das respostas centraram-se em Concordo completamente nas questões 13-*Conheço os procedimentos certos para encaminhar questões relativamente à segurança dos doentes nesta UCI* e a 15-*As questões importantes são devidamente comunicadas aquando das mudanças de turno*, ambas com 49,2%. De notar que na questão 12-*A cultura nesta UCI facilita a aprendizagem com os erros dos outros*, 22,5% dos resultados centraram-se entre Discordo completamente e Discordo parcialmente.

Sendo o clima de segurança fundamental para o desenvolvimento dos cuidados e da qualidade dos mesmo (Fragata, 2006), verifica-se que os inquiridos possuem uma perceção positiva do clima de segurança, embora ainda com algumas situações (como a comunicação), não devidamente esclarecidas, notando-se necessidade de melhorias neste aspeto.

Na dimensão **satisfação profissional**, a tendência de concordância também se verifica. Como refere Silva (2012), a satisfação profissional depende da avaliação do trabalho ou de todas as experiências que se possa ter durante o seu exercício. A maioria refere gostar do seu trabalho sendo que 54,2% dos inquiridos concorda completamente e 35,8% concorda parcialmente. Importa realçar a pergunta número 18-*Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família*, é exceção, atendendo a que a discordância torna-se evidente nos 36,6% que responderam entre Discordo completamente e Discordo parcialmente, e nos 35% que responderam Não concordo nem discordo. Também na questão 21-*O moral nesta UCI é elevado*, se verifica um tendência inversa, com 24,2% a responderem discordarem parcialmente e 11,7% a responderem discordarem completamente. Os enfermeiros gostam do trabalho que fazem e da instituição onde desempenham funções, mas manifestam que existem alguns aspetos menos positivos no seu dia-a-dia, que comprometem completamente o atingir de uma satisfação ainda mais positiva.

No que respeita ao **reconhecimento de stress**, os inquiridos reconhecem a importância e efeitos que os momentos de tensão e ansiedade representam na sua prestação. Reconhecem existir elevado volume de trabalho na UCI onde trabalham e que o seu desempenho é prejudicado quando isso ocorre. No que respeita à implicação que problemas pessoais poderão ter na sua prestação profissional (questão 25-*O stress derivado de problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho*), as respostas são bastante semelhantes face às várias opções, sendo que 36,7% discordam completamente ou discordam parcialmente e 35,8% concordam parcialmente ou concordam completamente.

Em relação à dimensão **percepções sobre a gestão**, mais de metade manifesta-se negativamente relativamente à questão *A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho* com discordância em cerca de 59,2% de respostas. Os enfermeiros reconhecem existirem aspetos a serem melhorados a nível da gestão para melhorar o clima de segurança no serviço (Fragata, 2011).

Finalmente, e relativamente à dimensão **condições de trabalho**, verifica-se variedade de resultados. Os inquiridos discordam que o hospital lida construtivamente com o pessoal problemático e que elevado volume de trabalho estimulem o seu desempenho. No entanto, concordam com o fato de que o hospital integra adequadamente novos elementos e que estes são devidamente supervisionados, que são disponibilizadas as informações necessárias para tomada de decisões de cuidados e que dispõem de equipamento clínico adequado (Rodrigues, 2011 e Fragata, 2011).

De seguida, na tabela 11, é apresentada a análise descritiva das respostas das questões do instrumento de recolha de dados, sendo que considerada uma escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a uma não resposta e 5 à resposta Concordo completamente.

Tabela 11 – Análise descritiva das respostas ao QAS-UCIvp

Questão		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Trabalho em equipa	As opiniões dos enfermeiros são bem recebidas nesta UCI,	3,42	4	1,062	1	5
	Nesta UCI é difícil falar acerca de algum problema que eu possa notar a nível dos cuidados do doente.	3,32	3	1,045	1	5
	Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente).	3,18	3	1,261	0	5
	Tenho o apoio necessário de outros elementos na prestação de cuidados aos doentes.	4,03	4	0,864	1	5
	É fácil para os profissionais nesta UCI fazerem perguntas quando surge algo que não entendem.	4,1	4	0,844	1	5
	Nesta UCI os médicos e enfermeiros trabalham em conjunto, como equipa devidamente coordenada.	3,38	4	1,189	1	5
	São vulgares as quebras de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados.	2,83	3	1,169	1	5

	São vulgares as quebras de comunicação que afetam negativamente os cuidados aos doentes.	3,41	4	1,192	0	5
Clima de segurança	Sentia-me seguro a ser tratado aqui, como paciente	4,08	4	0,975	1	5
	Nesta UCI lida-se de forma apropriada com os erros clínicos.	3,28	3	1,115	0	5
	Todo o pessoal na minha UCI assume responsabilidade pela segurança dos doentes.	3,95	4	1,091	0	5
	A cultura nesta UCI facilita a aprendizagem com os erros dos outros.	3,21	3	1,114	1	5
	Conheço os procedimentos certos para encaminhar questões relativamente à segurança dos doentes nesta UCI.	3,65	4	0,976	1	5
	Está a ser constantemente reforçada a segurança dos doentes como prioridade desta UCI.	3,48	3,5	1,13	1	5
	As questões importantes são devidamente comunicadas aquando das mudanças de turno.	4,18	4	0,898	1	5
	Nesta UCI existe uma aderência generalizada às diretivas clínicas e aos critérios baseados em evidências.	3,78	4	0,972	1	5
Sat. profissional	Gosto do meu trabalho	4,38	5	0,0862	0	5
	Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família.	2,82	3	1,061	1	5
	Este hospital é um bom lugar para trabalhar	3,31	3	1,011	0	5
	Sinto orgulho por trabalhar neste hospital.	3,25	3	0,972	0	5
	O moral nesta UCI é elevado.	2,91	3	1,092	1	5
Rec. de stress	Quando o meu volume de trabalho se torna excessivo, o meu desempenho fica prejudicado.	3,93	4	1,214	1	5
	Sou menos eficaz no serviço quando me sinto cansado(a).	3,95	4	1,083	1	5
	É mais provável eu cometer erros em situações hostis ou de tensão.	3,72	4	1,245	0	5
	O stress derivado de problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho.	2,92	3	1,247	0	5
	O cansaço prejudica o meu desempenho em situações de emergência (ex. Reanimação, convulsões).	3,37	4	1,27	1	5
	O cansaço prejudica o meu desempenho na prestação de cuidados de rotina (ex. Revisão de medicação, verificação dos ventiladores, ordens de transferência).	3,36	4	1,262	1	5
P. Gestão	A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho.	2,23	2	1,043	0	5
	A administração deste hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia.	1,88	2	0,972	1	5
	Este hospital incentiva o trabalho em equipa e a cooperação entre o respetivo pessoal.	2,9	3	1,056	1	5
C. De Trabalho	Este hospital faz um bom trabalho na formação de novos elementos.	3,13	3	1,058	0	5
	São regularmente disponibilizadas todas as informações necessárias para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas.	3,56	4	0,942	1	5
	Este hospital lida, de uma forma construtiva, com pessoal problemático.	2,49	3	0,889	1	5
	Os formandos na minha profissão são devidamente supervisionados.	3,54	4	1,202	0	5

Pela análise da tabela 11, verifica-se que a mediana da questão *Gosto do meu trabalho*, é de 5 (com um desvio padrão de 0,862), o que significa que todos responderam Concordo completamente. Todos os valores de mediana das outras questões variam entre 2 e 4 sendo que a maioria das respostas (mais de 90%) varia somente entre 3 e 4 (Não concordo nem discordo e Concordo parcialmente).

De notar que os dados com valores de mediana 2 (os mais baixos do instrumento de recolha de dados) referem-se às questões *A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho* e *A administração deste hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia*.

Uma comunicação eficaz é aquela que transforma e muda a atitude das pessoas (Curvello, 2012). Esta, estabelece uma relação entre a empresa e os funcionários, permitindo a estes últimos permanecerem informados sobre todos os aspetos da organização, permitindo-lhe ir de encontro aos objetivos definidos por todos os intervenientes, valorizando a sua colaboração e importância (Gonçalves e Giacomini Filho, 2014).

A comunicação nas organizações deve ser uma ferramenta estratégica de forma a ser atingido o sucesso da organização. Essa responsabilidade não assenta somente num indivíduo ou departamento mas sim em todos os intervenientes. Desta forma consegue-se evitar os ruídos que atrapalham o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho.

No entanto, os indivíduos não são iguais, tendo, cada pessoa, a sua construção de significados, influenciada por variados fatores durante a sua vida. A motivação de cada um constituiu-se de um processo interno individual, sobre influência do meio externo, nomeadamente da forma como a organização comunica com o funcionário.

Assim sendo, as estratégias de comunicação adotadas são fundamentais de forma a serem atingidos os objetivos definidos por ambas as partes para as práticas do dia a dia.

Na questão 36 do instrumento traduzido, foi pedido aos inquiridos que se descrevessem a qualidade de colaboração com elementos de outras categorias profissionais. De acordo com os resultados obtidos (tabela 12) verifica-se alguma variabilidade dos resultados, dependendo da categoria profissional a que se referem. No que concerne ao relacionamento com outros enfermeiros, verifica-se que a maioria refere ter uma 'Elevada' ou 'Muito elevada' qualidade de colaboração e comunicação, não havendo qualquer resposta para as opções 'Frac' e 'Muito frac'. Relativamente ao Enfermeiro Chefe, a variação situa-se principalmente entre o 'Muito elevada', 'Elevada' e 'Adequada'. No entanto, cinco pessoas referiram ser 'Frac' e uma pessoa referiu ser 'Muito frac'. No que respeita à qualidade de comunicação com o Enfermeiro Especialista, os resultados foram semelhantes, quer se trate de especialista em reabilitação ou em médico cirúrgica/doente Crítico. Os resultados dispersaram-se principalmente entre o 'Muito elevado', 'Elevado' e 'Adequado' sendo que duas respostas referiram ser 'Frac' ou 'Muito frac'.

Relativamente à relação com o médico intensivista ou interno, os resultados obtidos posicionaram-se em todos os níveis de resposta. Relativamente ao Médico interno existem doze respostas no nível 'Fraco' e duas 'Muito fraco' ao contrário do médico intensivista que apresentou uma resposta em cada um destes níveis. Já relativamente

aos Médicos especialistas de outras áreas (neurocirurgia, cardiologia e outros), verificou-se um elevado numero de respostas no ‘Adequado’ (45,8%) e 12,5% que consideram ‘Fraco’.

No que respeita à qualidade de colaboração e comunicação com os Assistentes operacionais, os dados mostram que a maioria se situa no ‘Muito elevado’ (36,7%), ‘Elevado’ (35,8%) e ‘Adequado’ (25%) e com duas respostas (1,7%) no nível ‘Fraco’.

Relativamente aos Administrativos e Farmacêuticos os dados dispersam-se por todos os níveis de respostas, concentrando-se especialmente em ‘Muito elevado’, ‘Elevado’ e ‘Adequado’ (Tabela 12).

Tabela 12 – Resultados relativos à qualidade de colaboração e comunicação com outros profissionais

	Não se aplica		Muito Elevada		Elevada		Adequada		Fraca		Muito Fraca		Sem Resposta	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Enfermeiro(a)	0	0	53	44,2	39	32,5	17	14,2	0	0	0	0	11	9,2
Enfermeiro(a) Chefe	3	2,5	28	23,3	48	40	32	26,7	5	4,2	1	0,8	3	2,5
Enfermeiro(a) Especialista (médico cirúrgica / doente crítico)	14	11,7	35	29,2	39	33,5	27	22,5	1	0,8	1	0,8	3	2,5
Enfermeiro(a) especialista (reabilitação)	3	2,5	43	35,8	40	33,3	32	26,7	1	0,8	1	0,8	0	0
Médico(a) intensivista	10	8,3	30	25	38	31,7	39	32,5	1	0,8	1	0,8	1	0,8
Médico(a) interno	1	0,8	20	16,7	42	35	42	35	12	10	2	1,7	1	0,8
Médico(a) especialista (Cirurgia, Neurocirurgia, Cardiologia e outros)	2	1,7	15	12,5	31	25,8	55	45,8	15	12,5	1	0,8	1	0,8
Assistente Operacional	0	0	44	36,7	43	35,8	30	25	2	1,7	0	0	1	0,8
Administrativo(a)	0	0	30	25	33	27,5	45	37,5	10	8,3	1	0,8	1	0,8
Farmacêutico(a)	6	5	16	13,3	16	13,3	69	57,5	11	9,2	1	0,8	1	0,8

Na mesma questão, foi dada a possibilidade para ao inquirido de referir outros profissionais com quem estabelece relações profissionais e a qualidade das mesmas. Dietista, Nutricionista, Funcionário de limpeza e Técnico de radiologia foram os referidos pelos inquiridos. Os dados recolhidos apresentam-se distribuídos entre o 'Muito elevada', 'Elevada' e 'Adequada' (tabela 13).

Tabela 13 - Resultados de 'Outros' relativos à qualidade de colaboração e comunicação com outros profissionais

	Muito Elevada ni	Elevada ni	Adequada ni
Dietista	1		1
Nutricionista	1		1
Funcionário de limpeza			1
Técnico de radiologia		1	1

Após análise dos resultados por questões e dimensões, foi importante perceber a percepção que os enfermeiros possuem relativamente ao clima de segurança. Para isso foram definidos os scores para o instrumento de recolha de dados e para as respectivas dimensões de acordo com as indicações dos investigadores (Sexton [et al.], 2006).

Cada um dos itens da escala de Likert foi alterado de forma a serem convertidos em variáveis contínuas (tabela 14). Seguidamente, o cálculo para cada dimensão foi efectuado usando a fórmula $(m - 1) \times 25$, sendo m a média do itens. Desta forma encontrou-se resultados que variam entre 0 e 100.

Tabela 14 - Conversão dos itens da escala de Likert

Ítem da escala de Likert		Valor convertido
Discordo completamente	1	0
Discordo parcialmente	2	25
Não concordo nem discordo	3	50
Concordo parcialmente	4	75
Concordo completamente	5	100

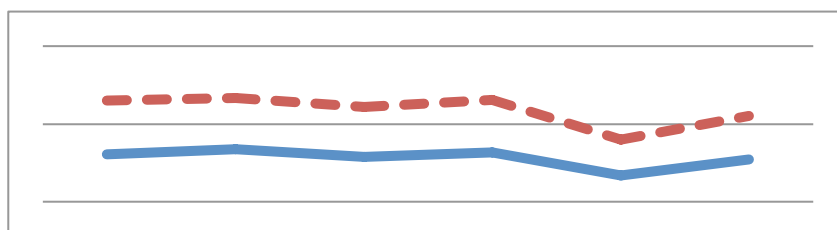
O resultado final é o apresentado na tabela 15, onde se consegue perceber a percepção de segurança dos inquiridos.

Tabela 15 - Análise descritiva do QAS-UCIvp e comparação com benchmark de Sexton [et al.], 2006

Dimensões	QAS-UCIvp	Benchmark (Sexton [et al.], 2006)
Trabalho em equipa	61,4	68,5
Clima de segurança	67,5	65,9
Satisfação profissional	58,0	63,6
Reconhecimento de stress	63,5	67,8
Percepções sobre a gestão	33,4	46,4
Condições de trabalho	54,5	55,9

Os valores médios das várias dimensões representam uma percepção positiva das pessoas que responderam ao instrumento de recolha de dados, com exceção da dimensão **percepções sobre a gestão**, que apresenta valores mais baixos, relativamente com o geral do benchmarking. O gráfico 1, permite visualizar os dados recolhidos no QAS-UCIvp comparados com os resultados dos autores, verificando-se uma diferença equilibrada entre iguais dimensões (sendo a linha tracejada este último e a linha contínua os dados do QAS-UCIvp).

Gráfico 1 - Representação da diferença das dimensões entre o QAS-UCIvp e o Benchmarking (Sexton [et al.], 2006)



Verificando-se uma percepção positiva na maioria das dimensões, é ainda assim inferior ao valor referidos pelos autores como desejável e indicativo de um forte clima de

segurança. Verificou-se uma variação entre a **percepções sobre a gestão**, com uma média de 33,4 e os 67,5 da dimensão **clima de segurança**.

Fazendo uma análise individual de cada dimensão, verifica-se que, no que respeita ao **trabalho em equipa**, os enfermeiros inquiridos apresentam atitudes ligeiramente menos positivas do que o benchmark. O trabalho em equipa, nas mais variadas organizações, é um fator fundamental para o correto funcionamento das mesmas. As equipas minimizam as suas deficiências e apresentam perspetivas diferentes sobre um mesmo problema, melhorando o processo de atuação, já que conseguem desenvolver mais e melhor trabalho do que somente um indivíduo (Maxwell, 2008). O mesmo autor, diz que “não deveríamos usar apenas o cérebro que possuímos, mas todos aqueles que pudéssemos tomar emprestado” (Maxwell, 2008). Muito embora seja reconhecido como um fator importante na segurança do doente, não se verificaram valores próximos dos expectáveis 75 de média.

No que respeita à dimensão **clima de segurança**, verificaram-se valores de média (67,5) um pouco superiores à referencia internacional (65,9), significando uma atitude positiva por parte das organizações no que respeita a este item. Ao falar de organização, tanto nos podemos estar a referir aos conselhos de administração que emanam orientações gerais, como às chefias do serviço, que tem como função promover um elevado clima de segurança (Fragata, 2006).

A **satisfação profissional** refere-se à forma com que os trabalhadores se relacionam com o seu trabalho e a motivação que possuem para desempenhar as funções que se esperam deles. As contrapartidas financeiras que tiram do seu trabalho não são fator único para uma satisfação profissional elevada, sendo que as questões emocionais e de valorização pessoal e profissional são igualmente importantes. A satisfação profissional torna-se também num indicador de qualidade de prestação do serviço pelo que é necessário que as organizações desenvolvam esforços para melhorar condições estruturais e de recursos dos ambientes profissionais (Rodrigues, 2011). Analisando os resultados obtidos nesta dimensão verificou-se um valor médio de 58,0, ficando um pouco aquém da média do benchmark internacional, embora acima de 50.

Na dimensão **reconhecimento de stress**, verificou-se uma média de 63,5, revelando-se um pouco abaixo dos valores de referencia internacional (67,8). Embora os valores sugiram que os profissionais apresentam atitudes favoráveis no que respeita a esta área, encontra-se um pouco longe de uma atitude predominante positiva, apresentando-se mais de uma posição de Não concordo nem discordo. Em unidades de cuidados intensivos, o stress, se não se encontra constantemente presente é iminente, pelas

características que estas organizações apresentam. Ao se reduzir os níveis de stress, reduz-se eventuais consequências na saúde e bem estar dos profissionais e, consequentemente, nos indivíduos que deles dependem numa situação de doença (Rodrigues e Ferreira, 2011).

A dimensão **percepções sobre a gestão**, como já referido, foi aquela que apresentou valores médios mais baixos 33,4. Consideravelmente inferior ao valor estimado como uma forte atitude positiva referente à dimensão em questão (75,0) e um pouco inferior ao benchmark internacional (46,4). Estes valores espelham um possível afastamento dos profissionais que prestam cuidados, relativamente aos elementos responsáveis pela gestão da organização onde trabalham. Como fator favorecedor desta atmosfera poderá estar a situação socioeconómica pela qual o país atravessa, que leva a cortes nas despesas, com consequências diretas no dia a dia dos profissionais que podem conduzir, eventualmente, a uma desmotivação e afastamento dos órgãos decisores (Saraiva, 2015).

Os valores médios encontrados na dimensão **condições de trabalho** (54,5) são muito próximos dos valores de referência encontrados pelos autores (Sexton [et al.], 2006). As condições de trabalho não compreendem somente o aspeto da estrutura física do serviço/organização, mas também aspetos como recursos humanos e materiais disponíveis e acesso à formação contínua. Estes aspetos são reconhecidos pelos profissionais como relevantes e que necessitam de um maior desenvolvimento.

Comparando os valores obtidos com os de outras realidades em contextos semelhantes (tabela 16), verifica-se uma proximidade dos mesmos nas várias dimensões

Tabela 16 - Comparação das médias do QAS-UCIvp com outros estudos

Dimensões	UCI PT	ICU UK	ICU NZ	ICU USA
Trabalho em equipa	61,4	74,3	67,9	65,7
Clima de segurança	67,5	67,7	63,8	68,8
Satisfação profissional	58,0	60,7	59,9	68,6
Reconhecimento de stress	63,5	64,2	71,7	67,2
Percepções sobre a gestão	33,4	44,6	45,3	54,1
Condições de trabalho	54,5	59,6	53,7	58,3

Adaptado de Sexton [et al.] (2006)

A última questão do instrumento de recolha de dados refere-se à descrição e análise dos resultados recolhidos através de uma pergunta de resposta aberta, permitindo a cada

inquirido dar sugestões de melhoria para a segurança do doente internado no serviço onde trabalham..

Do total da amostra, foram efetuadas 82 sugestões por 36 enfermeiros (30% dos inquiridos). De entre estes, 26 fizeram duas sugestões e 19 três.

As sugestões efetuadas pelos inquiridos abrangeram várias áreas da cultura de segurança dos doentes. Para se proceder à análise destas respostas, realizou-se o agrupamento por categorias. Essas categorias foram criadas com base na análise do conteúdo elaborado e da revisão da literatura efetuada anteriormente. Deste modo, foram estabelecidas duas categorias principais. Uma relacionada com *fatores humanos* e outra relacionada com *fatores organizacionais*.

Pela variedade de recomendações apresentadas, procedeu-se à distribuição dos itens por subcategorias sendo que, na categoria dos *fatores humanos*, foram definidas a subcategoria de “comunicação” (onde foram incluídas todas as recomendações que apresentavam preocupações relativas a este assunto) e outra definida como “outros”. Nesta última subcategoria foram incluídas todas as restantes recomendações relacionadas com fatores humanos mas, por referirem aspetos muito variados, não foi considerado relevante a criação de outras subcategorias mais específicas.

Todas as recomendações relacionadas com *fatores organizacionais* foram analisadas e criadas um total de 6 subcategorias relevantes, como sendo: formação, horário, dotações e carga de trabalho, práticas e procedimentos, condições físicas e outros.

Da análise dos dados recolhidos, verificou-se que 68,3% das recomendações referiram-se a fatores organizacionais (um total de 56 sugestões) e 26 (31,7%) a fatores humanos (tabela 17).

Tabela 17 – Categorização das recomendações

RECOMENDAÇÕES		n	%	% total
Fatores Humanos	Comunicação	15	57,7	31,7
	Outros	11	42,3	
	Total	26	100	
Fatores Organizacionais	Formação	5	8,9	68,3
	Horário	12	21,4	
	Dotações e Carga de Trabalho	5	8,9	
	Práticas e Procedimentos	25	44,6	
	Condições Físicas	2	3,6	
	Outros	7	12,5	
	Total	56	100	

Dirigindo o foco para os fatores humanos, a comunicação surgiu como aquela que foi enumerada mais vezes, demonstrando uma preocupação desses enfermeiros como um aspeto considerado importante para melhorar a segurança do doente. A comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar é referida como um dos principais aspetos que necessitam de ser melhorados na UCI onde trabalham. Realçaram assim a importância deste aspeto, em consonância com o defendido por vários autores, nomeadamente a WHO (2008) que reconhece a comunicação como essencial para a segurança do doente e Santos [et al.] (2010) que reconheceu a importância da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Outros fatores, como responsabilidade, partilha e boas práticas são igualmente referidas mas em menor número.

Na tabela 18 apresenta-se uma síntese das recomendações relacionadas com fatores humanos.

Tabela 18 - Síntese das recomendações relacionadas com fatores humanos

RECOMENDAÇÕES

Comunicação multidisciplinar
Evitar "esquecimentos" nas passagens de turno sobre informações importantes sobre o doente
Melhor comunicação
Comunicação eficaz entre os elementos da equipa multidisciplinar
Melhorar a comunicação entre a equipa de forma a minimizar possíveis erros.
Espírito de equipa com comunicação efetiva
Redução do ruído, que afeta a comunicação
Passagens de turno - torná-lo num momento de silêncio, com oportunidade de discussão dos casos clínicos
Partilha de conhecimento e de boas práticas
Prática baseada na evidência científica
Trabalho em equipa
Responsabilidade
Revisão e discussão periódicas das práticas

Relativamente às recomendações agrupadas nos fatores relacionados com a organização, estes foram de cariz mais variado do que o verificado nos fatores humanos. No entanto, vão de encontro ao definido por Rooney, Heuvel e Lorenzo (2002), na sua descrição sobre os fatores organizacionais que têm implicação na prestação de cuidados e na segurança do doente, que recorre aos serviços de saúde. Fatores como a redução das horas de trabalho, aumento do número de profissionais para reduzir a carga de trabalho, melhoria da formação em serviço para todos os profissionais e promoção de uma cultura de segurança construtiva com efetivo sistema de documentação de erros, preocupam os enfermeiros levando-os a enuncia-los na última pergunta do instrumento de colheita de dados. São fatores fora do âmbito da sua responsabilidade direta, mas que são reconhecidos como tendo implicação na prática diária e, consequentemente, no cuidado ao doente que se encontra sobre a sua responsabilidade.

Quase metade das sugestões relativas aos fatores organizacionais, referem-se a situações relacionadas com a necessidade de alterações no campo das 'práticas e procedimentos' (44,6%). Necessidade de auditorias periódicas, implementação de políticas de documentação de erros, melhoria dos sistemas de denúncia e promoção de uma cultura de transparência não punitiva são algumas das recomendações nesta área.

Revela-se também, significativo as recomendações relacionada com o horário de

trabalho. A diminuição da carga horária semanal para 35 horas, referidas por 12 enfermeiros, sendo considerado um importante fator a ter em conta para melhorar a política de segurança.

As restantes categorias reuniram as outras recomendações, sendo que na subcategoria 'outros', foram incluídas 7 frases, entre as quais, "motivação profissional" e "investimento na saúde física e mental e qualidade de vida dos funcionários...".

Na tabela 19, são descritas as principais recomendações sugeridas pelos inquiridos, relacionadas com estes fatores.

Tabela 19 - Síntese das recomendações relacionadas com fatores organizacionais

RECOMENDAÇÕES
<p>Formação</p> <p>Executar formações de reciclagem de conhecimentos em relação a normas e protocolos</p> <p>Realização formação</p>
<p>Horário</p> <p>Adequação das horas de trabalho exigidas ao pessoal de enfermagem (escalas que ultrapassam claramente as 40 horas semanais)</p> <p>Diminuição da carga horária semanal de trabalho</p> <p>Alteração dos horários por forma a haver maior espaçamento entre turnos.</p>
<p>Dotações e carga de trabalho</p> <p>Aumentar o rácio Enfermeiro/doente</p> <p>Número adequado de enfermeiros</p>
<p>Práticas e procedimentos</p> <p>Atuar sobre as causas dos incidentes</p> <p>Auditorias periódicas e divulgação dos resultados sobre normas, procedimentos e diretivas de enfermagem</p> <p>Implementação efetiva da documentação de erros</p> <p>Promover uma cultura de segurança através de notificação anónima de incidentes</p> <p>Mudança de uma cultura de "crítica-destrutiva" para "crítica-construtiva"</p> <p>Política institucional de sensibilizar para uma cultura de segurança</p>
<p>Condições físicas</p> <p>Melhores condições físicas do serviço</p>
<p>Condições físicas</p> <p>Motivação da equipa de enfermagem (reconhecimento/reposicionamento salarial)</p> <p>Satisfação pessoal (também remuneratória) -> quanto melhor -> Melhor prestação de cuidados</p>

A disponibilidade dos enfermeiros que fizeram as suas recomendações refletem a sua preocupação e empenho para a melhoria de uma cultura de segurança no serviço e instituição onde trabalham. Fatores muito variados são considerados passíveis de serem aperfeiçoados no sentido de melhorarem a qualidade dos cuidados.

Na pergunta 35 pretendia-se saber se os inquiridos já alguma vez preencheram este instrumento de colheita de dados, Verificando-se que 95% nunca preencheram, 1,7% não sabe, 3,3% não responderam a esta pergunta, não havendo nenhuma resposta afirmativa.

Concluída a análise descritiva do SAQ (ICUv) versão portuguesa, torna-se relevante proceder-se, de seguida à avaliação das suas propriedades psicométricas.

4.3. Propriedades psicométricas – Análise da Fidelidade e Validade do QAS-UCIvp

Com o objetivo da validação do instrumento de recolha de dados, efetuou-se o estudo das propriedades psicométricas, procedendo-se à análise da fidelidade e validade (Fortin, 2009).

De forma a determinar a fidelidade do instrumento de recolha de dados, foi efetuada a medida da consistência interna. A consistência interna “refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito” (Fortin, 2009, p.350). Optou-se pela determinação do coeficiente de alfa de cronbach. Este permite medir até que ponto cada questão mede determinado conceito. Na tabela 20, são apresentados os valores de alfa de Cronbach (alfa) por dimensão e para o total do instrumento de recolha de dados.

Tabela 20 - Coeficiente do alfa de Cronbach por dimensão e valor total

Dimensões	Alfa de Cronbach	Número de questões
Trabalho em equipa	0,623	8
Clima de segurança	0,847	8
Satisfação no trabalho	0,754	5
Reconhecimento de stress	0,835	6
Perceções sobre a gestão	0,794	3
Condições de trabalho	0,631	4
Total do SAQ	0,873	34

A totalidade da escala apresenta um valor de alfa de 0,873, sendo considerada uma fiabilidade elevada, sendo mesmo superior a alguns estudos enumerados por Sexton [et al.] (2006). Se efetuarmos uma análise por dimensão podemos verificar valores de alfa superiores a 0,75 em quatro dimensões. No entanto, na dimensão **trabalho em equipa** e **condições de trabalho**, verificam-se valores de alfa de 0,623 e 0,631, respetivamente. Maroco e Garcia-Marques (2006) referem que, embora na maioria dos estudo, um alfa superior a 0,7 seja desejável, valores de cerca de 0,60 podem ser aceitáveis, nas ciências sociais. Os mesmos autores citando Davis (1964) referem que valores acima de 0,50 podem ser aceitáveis para grupos mais pequenos, pelo que consideramos que o QAS-UCIvp, apresenta propriedades psicométricas que validam o questionário.

Na tabela seguinte (tabela 21), apresentam-se os valores obtidos nas correlações de Pearson (r) entre as diferentes dimensões, bem como o valor de p que pretende demonstrar a relação entre diferentes variáveis (Fortin, 2009). Ainda segundo a mesma autora, a relação entre duas variáveis é mais forte, quanto mais se aproxima de 1,00. O p , permite verificar a significância da correlação entre as variáveis, tendo sido definido, como uma boa significância, valores de $p < 0,05$, ou seja, com um erro inferior a 5% (Fortin, 2009).

Tabela 21 - Correlações de Pearson entre dimensões e valores de Sig.

		Clima Segurança	Cond. Trabalho	Perc. Gestão	Rec. Stress	Sat. Prof	Trabalho Equipa	Total QAS
Clima Segurança	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	1	,700** ,000	,453** ,000	-,296** ,001	,537** ,000	,785** ,000	,830** ,000
Condições Trabalho	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,700** ,000	1	,477** ,000	-,250** ,006	,570** ,000	,671** ,000	,766** ,000
Percepção Gestão	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,453** ,000	,477** ,000	1	-,266** ,003	,549** ,000	,435** ,000	,579** ,000
Rec. Stress	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	-,296** ,001	-,250** ,006	-,266** ,003	1	-,124 ,177	-,222* ,015	,055 ,549
Satisfação Prof	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,537** ,000	,570** ,000	,549** ,000	-,124 ,177	1	,627** ,000	,754** ,000
Trabalho Equipa	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,785** ,000	,671** ,000	,435** ,000	-,222* ,015	,627** ,000	1	,869** ,000
Total QAS	Correlação de Pearson Sig. (2 extremidades)	,830** ,000	,766** ,000	,579** ,000	,055 ,549	,754** ,000	,869** ,000	1

** A correlação é significativa no nível 0,01.

* A correlação é significativa no nível 0,05.

Pela análise dos resultados, verifica-se que a dimensão **clima de segurança**, apresenta uma correlação forte com o total do QAS ($r=0,830$, e $p=0,000$) bem como com as dimensões **condições de trabalho** e **trabalho em equipa** ($r=0,700$, $p=0,000$ e $r=0,785$, $p=0,000$ respetivamente).

Relativamente à dimensão **condições de trabalho**, verificou-se uma boa correlação com o total do QAS, enquanto que, com as restantes dimensões apresenta apenas uma correlação razoável (valores de r entre $-0,250$ e $0,700$) com valores de $p<0,05$.

Na dimensão **reconhecimento de stress** verificaram-se valores de correlação negativos (com exceção da correlação com o total do QAS). Por ser uma área onde, havendo uma percepção considerável sobre o stress, tem consequências nas outras dimensões. Tal fato foi também verificado em estudos semelhantes (Saraiva, 2015).

As restantes dimensões apresentam fortes correlações entre si, com valores mais próximo dos desejáveis $\pm 1,000$.

Na tabela 22, são demonstrados os valores de média, desvio padrão, correlações e o alfa com item excluído.

Tabela 22 - Consistência interna das questões do QAS-UCIvp

Questão	Média	Desvio Padrão	Correlação de item total	Alfa de Cronbach com o item excluído
1	3,39	1,102	,521	,851
2 R	3,32	1,045	,362	,855
3	3,18	1,261	,514	,851
4	4,03	,864	,577	,851
5	4,10	,844	,583	,851
6	3,38	1,189	,653	,847
7	2,83	1,169	-,588	,879
8 R	3,41	1,192	,548	,850
9	4,08	,975	,585	,850
10	3,28	1,115	,535	,851
11	3,95	1,091	,554	,851
12	3,21	1,114	,660	,848
13	3,65	,976	,311	,857
14	3,48	1,130	,604	,849
15	4,18	,898	,508	,852
16	3,78	,972	,573	,851
17	4,38	,862	,422	,854
18	2,82	1,061	,424	,854
19	3,31	1,011	,599	,850
20	3,25	,972	,624	,850
21	2,91	1,092	,525	,851
22	3,93	1,214	,029	,864
23	3,95	1,083	-,006	,864
24	3,72	1,245	,111	,862
25	2,92	1,247	-,126	,869
26	3,37	1,270	-,062	,867
27	3,36	1,262	-,164	,870
28	2,23	1,043	,312	,857
29	1,88	,972	,450	,853
30	2,90	1,056	,538	,851
31	3,13	1,058	,605	,849
32	3,56	,942	,546	,851
33	2,49	,889	,426	,854
34	3,54	1,202	,345	,856

Verifica-se, pela análise da tabela 22 alguns valores com fraca correlação como sejam as questões 22-*Quando o meu volume de trabalho se torna excessivo, o meu desempenho fica prejudicado* ($r=0,290$), 23-*Sou menos eficaz no serviço quando me sinto cansado(a)* ($r=-0,06$), 34 ($r=0,111$) e 26-*O cansaço prejudica o meu desempenho em situações de emergência (ex. reanimação de urgência, convulsões)* ($r=-0,62$). No entanto, nota-se que, se essas questões fossem excluídos, não se verificavam alterações na consistência interna, pelo que se decidiu a sua manutenção, atendendo a que não colocando em causa, a fiabilidade do instrumento.

Assim sendo, os resultados obtidos pela análise do instrumento de recolha de dados, permitem concluir que o mesmo apresenta boas propriedades e consequentemente, uma boa fidelidade.

Todos os procedimentos estatísticos efetuados na análise do QAS-UCIvp, no que respeita à determinação da sua fidelidade e validade, bem como os resultados daí obtidos, permitem defini-lo como um instrumento de recolha de dados fiável, com boas qualidades para dar resposta positiva às questões para que foi construído, na população portuguesa.

A segurança do doente tem sido um foco de atenção cada vez mais relevante em todas as sociedades. É cada vez mais reconhecida a necessidade de serem desenvolvidas ações de forma a incrementar a qualidade dos cuidados de saúde e, consequentemente, a segurança dos doentes. No entanto, ainda se verificam alguns entraves para a aplicação dessas medidas, muitas vezes relacionadas com fatores económicos, mesmo com a consciência dos ganhos em saúde no futuro (Fragata, 2011).

Foi efetuada uma pesquisa dos instrumentos de recolha de dados que permitem estudar as perceções da segurança dos doentes pelos profissionais de saúde, em especial em ambientes de cuidados intensivos, verificando-se não existir um elevado número de instrumentos que fossem capazes de dar resposta aos objetivos do estudo. A maioria dos estudos existentes debruçam-se sobre outros ambientes que não os cuidados intensivos. No entanto, optou-se pela utilização do SAQ (ICUv), utilizado por Sexton [et al.] (2006), os quais desenvolveram um instrumento que permite a avaliação do clima de segurança em ambiente de cuidados intensivos pelo que se optou por este instrumento para a validação para a população portuguesa.

De facto, o SAQ (ICUv) foi aquele que melhor se adequou ao pretendido. As boas propriedades psicométricas do instrumento e os estudos existentes em várias culturas, foram importantes para a opção do SAQ (ICUv) como aquele que melhor se adequava. Por este instrumento não se encontrar validado para a população portuguesa, este seria o passo seguinte que se impunha ao investigador seguir.

O processo de tradução do SAQ (ICUv) para a língua portuguesa e sua adaptação cultural seguiu os requisitos científicos defendidos por inúmeros autores com relevância na comunidade científica. O recurso a tradutores portugueses certificados permitiu conseguir-se um instrumento de recolha de dados em português, fiel à versão original. A aplicação de um pré-teste em versão inglesa e em versão portuguesa, permitiu efetuar-se ajustes importantes para a perfeita adaptação cultural do instrumento. O resultado final foi um questionário, resultado de procedimentos científicos rigorosos, aplicável à população portuguesa e à população definida pelo investigador.

Da amostra definida de 157 profissionais, foram recolhidos 120 instrumentos de recolha de dados, representando uma taxa de retorno de 74,4%, permitindo seguir com o processo de tratamento e interpretação dos dados. Foram avaliadas as propriedades psicométricas QAS-UCIvp, podendo-se afirmar que o instrumento é estatisticamente fiável e consequentemente válido para a população portuguesa.

Os resultados obtidos foram tratados estatisticamente, tendo sido efetuada a sua análise fatorial, de forma a serem estudadas as correlações entre as variáveis, a sua significância e verificação da adequação da amostra. Do resultado desta análise obteve-se um instrumento de recolha de dados com 34 perguntas com boas propriedades psicométricas, passíveis de cientificamente serem analisadas.

Os testes de validade e fidelidade desenvolvidos permitiram verificar a adequação do instrumento de recolha de dados para a língua e população portuguesas, reconhecendo-lhe valor científico.

Concluímos pela análise dos resultados obtidos que os enfermeiros apresentam uma positiva perceção de segurança do doente relativamente aos cuidados que prestam, embora reconheçam também algum trabalho em algumas áreas específicas, nomeadamente no número de profissionais para a prestação de cuidados aos doentes, nas perturbações da continuidade de dos cuidados e na carga horária em que os profissionais estão sujeitos.

Referem a importância do trabalho em equipa e da sua relevância para a qualidade dos cuidados bem como a sua implicação na segurança do doente. Percepcionam que os cuidados prestados são seguros, e demonstrando confiança, referindo sentirem-se seguros no serviço onde trabalham. No entanto, reconhecem a necessidade de desenvolver ações que melhorem a abordagem dos erros clínicos para que se trate o erro de uma forma mais adequada que permita, a todos os envolvidos, desenvolverem aprendizagens e resolver eventuais problemas existentes.

Grande parte dos enfermeiros gostam do seu trabalho e da instituição onde desenvolvem funções, reconhecendo ser um bom local para trabalhar. Mesmo assim, reconhecem que no domínio do moral não é muito positivo e não se sentem, no geral, como fazendo 'parte de uma grande família'.

No que respeita ao stress os resultados refletem o reconhecimento, pelos profissionais, de que o stress e situações de tensão, apresentam um impacto importante nas suas prestações com conseqüente reflexo na segurança do doente e que, o aumento destes, condiciona a sua prestação, com implicação negativa na qualidade dos cuidados prestados, podendo levar a um aumento do número de erros. Também o cansaço é reconhecido como fator importante para a prestação do individuo, condicionando a sua prestação quer em situações de rotina como em situações de urgência, sendo, este aspeto reforçado nas recomendações descritas no final do instrumento de recolha de dados.

No que respeita às perceções sobre a gestão, os inquiridos reconhecem haver a necessidade de ser desenvolvido algum trabalho nesta área. Referem falta de apoio dos órgãos de gestão sendo que, um número considerável discorda (completamente ou parcialmente) de que a administração do hospital onde trabalha está a fazer um bom trabalho.

Relativamente às condições de trabalho, a perceção é positiva, recolhendo boa disponibilidade de informações e apoio a novos profissionais. Reconhecem, no entanto, a necessidade de intervenção por parte da instituição no que se refere à gestão de pessoal, por considerarem a existência de lacunas relativas à integração na dinâmica de trabalho.

Os profissionais inquiridos reconhecem o quão importantes são as questões relativas à segurança do doente, bem como o trabalho que ainda tem que ser desenvolvido na sede das organizações de forma a se atingir patamares cada vez mais elevados de qualidade de cuidados. Como elementos fundamentais de uma organização, os inquiridos consideram ter um papel importante no seu funcionamento diário, na qualidade dos cuidados que aqueles que dela dependem recebem, bem como na preparação de um futuro onde a segurança do doente assume um papel fundamental.

Mas o tema da cultura de segurança não é estático, continuando em permanente desenvolvimento, sendo uma área cada vez mais estudada e reconhecida como importantíssima para o desenvolvimento das sociedades. Nos últimos anos, é reconhecido como globalmente importante mas com muito trabalho ainda para ser desenvolvido.

Ao longo de todo o processo, as dificuldades e limitações encontradas, foram transformadas em processos de aprendizagem para o investigador, estimulando o conhecimento e enriquecendo o estudo.

A distância e dispersão geográfica das instituições incluídas no estudo, revelaram-se uma dificuldade acrescida. Os diferentes requisitos exigidos por cada uma delas para a concessão das devidas autorizações, foram consumidores de tempo e de recursos mas que foram sendo ultrapassados pela persistência dos contactos efetuados que permitiram agilizar esses processos.

Torna-se evidente que a qualidade em saúde depende do trabalho desenvolvido pelas organizações na área da segurança do doente. Para serem conseguidos níveis elevados de segurança nos cuidados prestados, é um imperativo não serem ignorados os problemas existentes mas sim falar abertamente sobre eles. É fundamental reconhecer os problemas do presente, e a sua dimensão, para melhor se trabalhar o futuro, criando-

se estratégias adequadas, na construção sistemas de saúde cada vez mais eficientes, mesmo que as políticas nacionais possam ser um fator constrangedor para as organizações.

É assim importante que os enfermeiros continuem a refletir nos problemas existentes e que assumem a importância do seu papel nas organizações e na sociedade em geral.

O presente estudo trouxe importantes contributos para a perceção do problema da segurança do doente sendo, no entanto, um entre muitos trabalhos científicos que no futuro irão contribuir para a compreensão de realidades tão complexas como os temas aqui abordados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cidalina da Conceição Ferreira de – O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem. In **Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje, 100 anos**. Coimbra: Escola superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. ISBN: 978-989-97031-0-0. P. 247-263.

ALMEIDA, Maria Celeste Bastos Martins – **Stress e qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos**. Porto. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2002. Tese de Mestrado.

AZEVEDO, Ricardo – **O empoderamento e a confiança dos enfermeiros: impacto na satisfação e no empenhamento organizacional**. Braga: Universidade do Minho, 2011. Tese de Mestrado.

CASTELLHEIM, Albert – **How to improve patient safety in intensive care units**. Oslo. University of Oslo, 2010. Tese de mestrado.

CARVALHO, João José Azevedo. **Comunicação interna e Cultura Organizacional**. Brasília: Casa das Musas. 2012. ISBN: 978-85-98205-83-0.

COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos; PEREIRA, Luciane Lucio – Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 1518-8345. Nº 18 (mai.-jun. 2010), p. 27-33.

CORREIA, Maria da Conceição. **Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI**. Lisboa. Universidade de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.

CÔRTE-REAL, Isabel - Enfermagem em cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Bioética**. Coimbra. ISSN 1646-8082. Nº1 (2007), p. 115-123.

CURVELLO, João José Azevedo. **Comunicação Interna e Cultura Organizacional**. Brasília: Casa das Musas. 2012. ISBN: 978-85-98205-83-0.

DECRETO-LEI nº 161/96. **DR I Série A**. 205 (1996/09/04) 2959-2962.

DESPACHO Nº 14223/2009. **DR 2ª Série**. 120 (2009/06/24) 24667-24669.

DESPACHO Nº 3635/2013. **DR 2ª Série**. 37 (2013/03/07) 8528-8529.

DEODATO, Sérgio – **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica, 2010. Tese de doutoramento (p, 16, 17).

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (org) - **Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2003. ISBN 972-675-097-0.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (org) – **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2011.

DONCHIN, Y [et al] – A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. **International Journal of Healthcare Improvement.** ISSN: 2044-5423. Vol. 12 (2003), p. 143-148.

FIGUEIREDO, Dalson Brito e SILVA, José Alexandre – Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Revista Opinião Pública.** Campinas. ISSN: 0104-6276. Vol.16, nº1 (Junho, 2010), p. 160-185.

FERNANDES, António e QUEIRÓS, Paulo – Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra. III Série – nº4. (Julho 2011), p. 37-48.

FERRAREZE, Maria Verônica Guilherme, FERREIRA, Viviane e CARVALHO, Ana Maira Pimenta – Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Revista Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo. ISSN: 1982-0194. Vol 19(3) (2006), p. 310-315.

FRAGATA, José – **Segurança dos doentes: Uma abordagem prática.** Lisboa: Lidel. 2011. ISBN 978-972-757-797-2. p. 22, 19.

FRAGATA, José – **Risco clínico: complexidade e performance.** Coimbra: Almedina. 2006. ISBN 972-40-2835-6.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação – da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1996. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GEORGE, Julia B. [et al.] – **Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2000.

GUERRER, Francine e BIANCHI, Estela – Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, ISSN 1980-220. Nº 2, Vol 42. 2008.

GONÇALVES, Elizabeth Moraes e GIACOMINI FILHO, Gino. **Comunicação organizacional: externa, responsável, multidisciplinar**. Góias: Universidade Municipal de São Caetano do Sul. 2014. ISBN: 978-85-68074-01-5.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto e FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos e BAPTISTA LUCIO, María – **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso Editora/McGraw-Hill, 2013. ISBN 978-607-150-291-9.

Jornal Oficial da União Europeia. Conselho da União Europeia: Recomendações do conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. [2009].

KIARIE, Peris – **Aspects on patient safety in intensive care unit – a literature review**. TurkuUniversity of applied sciences, 2011. Tese de Bacharelato.

LEAPE, Lucian – Error in Medicine. **The Journal of the American Medical Association**. Chicago. Vol 272, nº23 (1994), p.1851-1857.

MANSOA, Ana – **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos. Estudo de caso sobre a representação dos actores de uma unidade pós-cirúrgica de um Hospital Português**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de mestrado.

MARÔCO, João. **Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)**. Sintra: Editora ReportNumber, Lda, 2010. ISBN: 978-989-96763-0-5.

MARÔCO, João e GARCIA-MARQUES, Teresa - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas”. **Laboratório de Psicologia**. Instituto de Psicologia Aplicada. Portugal. 4(1): 65-90 (2006).

MARTINEZ, Luis Fructuoso e FERREIRA, Aristídes Isidoro – **Análise de dados com SPSS – Pimeiros passos**. 3ª Edição. Lisboa: Escolar Editora. 2010. ISBN: 978-972-592-308-5.

MAXWELL, John C. **As 17 incontestáveis leis do trabalho em equipe**. Rio de Janeiro: Editora Thomas Nelson Brasil. 2008. ISBN: 978-85-6030-365-6.

NATIONAL QUALITY BOARD (org) - **Quality Governance in the NHS - A guide for provider boards**. Março de 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Anuário estatístico**. Lisboa. 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar, Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa. Outubro de 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica.** Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Tomada de Posição sobre Segurança dos Doentes.** Lisboa, 2006.

PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS.** Lisboa: Editora Sílabo, 2014. 6ª Edição. ISBN: 978-972-618-775-2.

PORTUGAL. Conselho Internacional de Enfermeiros – **Dotações seguras, salvam vidas.** Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006. ISBN 9295040449.

PROVONOST, Antoine e RUBENFELD, Gordon – Quality in critical care. In CHICHE, Jean-Daniel; [et al.] – **Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine.** Berlim: European Society of Intensive Care Medicine, 2009. ISBN 978-3-941468-11-5.

REASON, James – **Human error.** Cambridge: Cambridge University Press. 1990. ISBN 9780521314190.

REASON, James e HOBBS, Alan – **Managing Maintenance Error.** Surrey: Ashgate Publishing Limited. 2003. ISBN 978-0-7546-1591-0.

Revista Divulgar. Ordem dos Enfermeiros: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa, 2004.

RIBEIRO, José L. Pais – **Metodologia de investigação em psicologia e saúde.** 3ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

RODRIGUES, Inês Garcia – **Satisfação profissional dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos.** Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de mestrado.

RODRIGUES, Vitor e FERREIRA, Andreia – Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** São Paulo. ISSN 1518-8345. Nº 19 (jul.-ago. 2011).

ROONEY, James; HEUVEL, Lee e LORENZO, Donald – Reduce Human Error – How to analyse near misses and sentinel events, determine root causes and implement corrective actions. **American Society for Quality.** Milwaukee. (Set. 2002).

SANTOS, Margarida Custódio dos [et al.] – Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios – **Revista portuguesa de saúde pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 10. (2010). Pag. 47-57.

SANTOS, Jorge – **Trabalho por turnos: que consequências na saúde dos enfermeiros**. Viseu, Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, 2012. Tese de mestrado.

SARAIVA, Dora Fonseca – **Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para Portugal**. Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2015. Tese de mestrado.

SERRANO, Maria; COSTA, Arminda e COSTA, Nilza – Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 1645-9261. III série, nº3 (2001), p.15-23.

SEXTON, John B. [et al.]. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, Benchmarking data, and emerging research. **BioMed Central - Health Services Research**. [Em linha]. 6:44 (2006) 1-10. [Consultado 12 Jan. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>>.

SILVA, Maria do Rosário Marques – **Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação: Satisfação profissional**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2012. Tese de mestrado.

STEINWACHS, Donald [et al.] – **Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses**. Washington: National Academy of Sciences, 2004. ISBN: 978-0-309-18736-7.

UNITED STATES OF AMERICA. Institute of Medicine - **To err is human: Building a safer health system**. Washington, DC: National academy press, 2000. ISBN 0-309-51563-7.

UNITED STATES OF AMERICA. Institute of Medicine - **CROSSING THE QUALITY CHASM - A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: National academy press. 2001. ISBN 0-309-07280-8.

VINCENT, Charles – **The Essentials of Patient Safety**. Londres: Wiley-Blackwell. 2ª edição, 2011. ISBN: 978-1-4051-9221-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Humans factors in Patient Safety. Review of topics and tools**. Geneva: WHO, April 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Learning from error**. Geneva: WHO, September, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

Safety Attitudes Questionnaire – ICU version

Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)

ICU job category: (mark only one):

☐ Charge Nurse
☐ Nurse Manager/Head Nurse
☐ Crit Care RN
☐ Crit Care LVN/LPN
☐ Crit Care Attending/Intensivist
☐ Crit Care Fellow/Resident
☐ Attending/Staff Physician (Med.)
☐ Attending/Staff Physician (Surg.)

☐ Pharmacist
☐ Respiratory Therapist
☐ Nursing Aide/Assistant
☐ Ward Clerk/Secretary
☐ Fellow/Resident (Medical)
☐ Fellow/Resident (Surgical)
☐ Other (specify): _____
☐ Other (specify): _____

Type of ICU (mark only one):
 Please complete this survey with respect to your experiences at this ICU.

☐ Mixed medical/surgical
☐ Medical ICU
☐ Neonatal ICU
☐ Neurological ICU
☐ Surgical ICU

☐ Pediatric ICU
☐ Cardiac surgical ICU
☐ Other (specify): _____

MARKING INSTRUCTIONS

• Use number 2 pencil only. **Correct Mark**

• Erase cleanly any mark you wish to change. **Incorrect Marks**

Today's Date: _____ mm/yy

A	B	C	D	E
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly

Please answer the following questions with respect to your specific ICU. Mark your response using the scale above.

1. High levels of workload are common in this ICU.
2. I like my job.
3. Nurse input is well received in this ICU.
4. I would feel safe being treated here as a patient.
5. Medical errors* are handled appropriately in this ICU.
6. This hospital does a good job of training new personnel.
7. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.
8. Working in this hospital is like being part of a large family.
9. The administration of this hospital is doing a good job.
10. Hospital administration supports my daily efforts.
11. I receive appropriate feedback about my performance.
12. In this ICU, it is difficult to discuss errors.
13. Briefings (e.g., patient report at shift change) are important for patient safety.
14. Thorough briefings are common in this ICU.
15. This hospital is a good place to work.
16. When I am interrupted, my patients' safety is not affected.
17. All the personnel in my ICU take responsibility for patient safety.
18. Hospital management does not knowingly compromise the safety of patients.
19. The levels of staffing in this ICU are sufficient to handle the number of patients.
20. Decision-making in this ICU utilizes input from relevant personnel.
21. This hospital encourages teamwork and cooperation among its personnel.
22. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.
23. The culture in this ICU makes it easy to learn from the errors of others.
24. This hospital deals constructively with problem personnel.
25. The medical equipment in this ICU is adequate.
26. In this ICU, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.
27. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.
28. I am provided with adequate, timely information about events in the hospital that might affect my work.
29. I have seen others make errors that had the potential to harm patients.
30. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this ICU.
31. I am proud to work at this hospital.
32. Disagreements in this ICU are resolved appropriately (i.e., not who is right but what is best for the patient).
33. I am less effective at work when fatigued.
34. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.
35. Stress from personal problems adversely affects my performance.
36. I have the support I need from other personnel to care for patients.
37. It is easy for personnel in this ICU to ask questions when there is something that they do not understand.
38. Disruptions in the continuity of care (e.g., shift changes, patient transfers, etc.) can be detrimental to patient safety.
39. During emergencies, I can predict what other personnel are going to do next.
40. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.
41. I am frequently unable to express disagreement with staff physicians/intensivists in this ICU.
42. Very high levels of workload stimulate and improve my performance.
43. Truly professional personnel can leave personal problems behind when working.
44. Morale in this ICU is high.
45. Trainees in my discipline are adequately supervised.
46. I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift.

Agree Strongly

Agree Slightly

Neutral

Disagree Slightly

Disagree Strongly

*Medical error is defined as any mistake in the delivery of care, by any healthcare professional, regardless of outcome.

TURN OVER

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E	
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	
					Agree Strongly
					Agree Slightly
					Neutral
					Disagree Slightly
					Disagree Strongly
47. I have made errors that had the potential to harm patients.					1 2 3 4 5
48. Staff physicians/intensivists in this ICU are doing a good job.					1 2 3 4 5
49. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g., emergency resuscitation, seizure).					1 2 3 4 5
50. Fatigue impairs my performance during routine care (e.g., medication review, ventilator checks, transfer orders).					1 2 3 4 5
51. If necessary, I know how to report errors that happen in this ICU.					1 2 3 4 5
52. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this ICU.					1 2 3 4 5
53. Interactions in this ICU are collegial, rather than hierarchical.					1 2 3 4 5
54. Important issues are well communicated at shift changes.					1 2 3 4 5
55. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria in this ICU.					1 2 3 4 5
56. Personnel are not punished for errors reported through incident reports.					1 2 3 4 5
57. Error reporting is rewarded in this ICU.					1 2 3 4 5
58. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this ICU.					1 2 3 4 5
59. During emergency situations (e.g., emergency resuscitations), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel.					1 2 3 4 5
60. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this ICU.					1 2 3 4 5
61. Communication breakdowns which lead to delays in delivery of care are common.					1 2 3 4 5
62. Communication breakdowns which negatively affect patient care are common.					1 2 3 4 5
63. A confidential reporting system that documents medical incidents is helpful for improving patient safety.					1 2 3 4 5
64. I may hesitate to use a reporting system for medical incidents because I am concerned about being identified.					1 2 3 4 5
65. Have you completed this survey before?					1 2 3 4 5

Use the scales to describe the *quality of collaboration and communication* you have experienced with:

	Adequate Low	High	Adequate High	Very Low	Very High	Not Applicable
Charge Nurse	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Nurse Manager/Head Nurse	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Crit Care RN	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Crit Care LVN/LPN	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Crit Care Attending/Intensivist	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Crit Care Fellow/Resident	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Attending/Staff Physician (Medical)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Attending/Staff Physician (Surgical)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pharmacist	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Respiratory Therapist	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Nursing Aide/Assistant	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ward Clerk/Secretary	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fellow/Resident (Medical)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fellow/Resident (Surgical)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Other (specify):	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

BACKGROUND INFORMATION

Gender: <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female		How many years of experience do you have in this primary specialty?		How many years have you worked in this ICU (mark 00 if less than 1 year)?		CURRENT AGE		For Attending Physicians	
ICU Job Status		Ethnic Group:		Usual Shift		On average, how many patients do you admit to this ICU each month?			
<input type="radio"/> Full-time <input type="radio"/> Part-time <input type="radio"/> Agency <input type="radio"/> Contract		<input type="radio"/> Hispanic <input type="radio"/> Black (not Hispanic) <input type="radio"/> White (not Hispanic) <input type="radio"/> Asian/Pacific Islander <input type="radio"/> Multi-ethnic <input type="radio"/> Other: _____		<input type="radio"/> Days <input type="radio"/> Evenings <input type="radio"/> Nights <input type="radio"/> Variable Shifts		<input type="radio"/> 00 <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05 <input type="radio"/> 06 <input type="radio"/> 07 <input type="radio"/> 08 <input type="radio"/> 09 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/> 25 <input type="radio"/> 26 <input type="radio"/> 27 <input type="radio"/> 28 <input type="radio"/> 29 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 31			
"Optional" collected as part of a cross-cultural study Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.): _____ Country of birth (if different): _____									

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in this ICU?

- _____
- _____
- _____

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.

Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated

ANEXO 2

Autorização para utilização do SAQ – ICU version



Ricardo Águas <ricardoaguasm@gmail.com>

Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)

Etchegaray, Jason <Jason.Etchegaray@uth.tmc.edu>
Para: "ricardoaguasm@gmail.com" <ricardoaguasm@gmail.com>

16 de dezembro de 2014 às 15:48

Ricardo, thanks for your request. You may do this. Best wishes.

Jason

From: <Thomas>, Eric Thomas <Eric.Thomas@uth.tmc.edu<mailto:Eric.Thomas@uth.tmc.edu>>
Date: Sunday, December 14, 2014 at 3:35 PM
To: Madelene Ottosen <madelene.j.ottosen@uth.tmc.edu<mailto:madelene.j.ottosen@uth.tmc.edu>>, Jason Etchegaray <jason.etchegaray@uth.tmc.edu<mailto:jason.etchegaray@uth.tmc.edu>>
Subject: Fwd: Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)

ricardoaguasm@gmail.com<mailto:ricardoaguasm@gmail.com>

ANEXO 3

Resposta dos autores sobre tratamento das questões não agrupadas

Ricardo Aguas

Ricardoaguasm@gmail.com

CHQS University of Texas - Houston <utpatientsafety@gmail.com>
Para: Ricardo Águas <ricardoaguasm@gmail.com>

1 de dezembro de 2015 às 15:36

Hi Ricardo,

I forwarded your question to some of the other members of the research team. They suggested if you want to use survey items, you might want to conduct exploratory analyses to see whether they cluster into existing factors.

Hope this helps,

Emily Sedlock

UT-MH CHQS research team

[Citação ocultada]

--

University of Texas-Memorial Hermann
Center for Healthcare Quality and Safety Team

ANEXO 4

Tradução do SAQ – ICU version para língua portuguesa

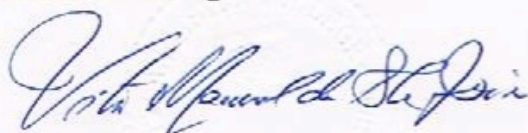
Dia 27 de Janeiro de 2015

Eu, Victor Manuel da Silva Ferreira, Responsável pelo Departamento de Traduções do Lancaster College, declaro, para todos os efeitos, que o documento em língua portuguesa é a tradução fiel e verdadeira do respectivo texto original, o qual se encontra escrito em língua inglesa. Mais declaro ser conhecedor de ambas as línguas supracitadas e fluente nas mesmas.

January 27th, 2015

For all due purposes, I, Victor Manuel da Silva Ferreira, Head of the Translation Department at Lancaster College, hereby declare that the document in Portuguese is a true and faithful translation of the original text in English. I further declare that I am knowledgeable and fluent in both of the aforementioned languages.

**Pela Direcção do / For the Management of
Lancaster College**



Questionário sobre Atitudes em Matéria de Segurança (Versão UCI)

3
J

I. Categoria profissional de UCI: (assinalar apenas uma): <ul style="list-style-type: none"> - Charge Nurse (Chefe de Enfermagem) - Gerente de Enfermagem/Chefe de Enfermagem - Enf. Cuidados Crit - Enf Trabalho em Cuidados Crit - Enf Assistente/Intensivista em Cuidados Crit - Membro/Residente em Cuidados Crit - Médico Assistente (Cli.) - Médico Assistente (Cirur.) - Farmacêutico - Terapeuta Respiratório - Ajudante/Assistente em Enfermagem - Assis. Admin./Secretário Hospitalar - Membro/Residente (Clínico) - Membro/Residente (Cirúrgico) - Outro (indicar): _____ 	II. Tipo de ICU (assinalar apenas um): <i>Favor preencher este questionário relativamente às suas experiências nesta UCI.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Clínica/Cirúrgica mista - UCI clínica - UCI neonatal - UCI neurológica - UCI cirúrgica - UCI pediátrica - UCI de cirurgia cardíaca - Outra (indicar): _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III. INSTRUÇÕES DE MARCAÇÃO

- Utilizar apenas lápis de mina "número 2".
- Apagar completamente toda resposta que deseje alterar.

Marca Correta

Marcas Incorretas

A Data de Hoje: (mm/aa) _____

- IV. >> A – Estou Muito em Desacordo
 B – Estou Ligeiramente em Desacordo
 C – Neutro
 D – Estou Ligeiramente de Acordo
 E – Estou Muito de Acordo

Favor responder indicar a response escolhida à direita de cada ponto, marcando a letra de acordo com a escala supra.

V. SÉRIE -- FAVOR NÃO ESCREVER NESTA ZONA

VI.

1. Nesta UCI, é comum a ocorrência de elevados volumes de trabalho.
2. Gosto do meu trabalho.
3. As opiniões dos enfermeiros são bem recebidas nesta UCI.
4. Sentir-me-ia seguro(a) se aqui eu fosse tratado(a) aqui como doente.
5. Nesta UCI, lida-se da forma apropriada com erros clínicos*.
6. Este hospital faz um bom trabalho na formação de novos elementos.
7. São-me regularmente disponibilizadas todas as informações necessárias para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas.
8. Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família.
9. A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho.
10. A administração do hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia.
11. Recebo feedback adequado acerca do meu desempenho.
12. Nesta UCI, é difícil falar acerca de erros.
13. Os briefings (ex., relatórios sobre os doentes aquando da mudança de turno) são importantes para a segurança do doente.
14. Briefings pormenorizados são comuns nesta UCI.
15. Este hospital é um bom lugar para trabalhar.
16. Quando me interrompem, não fica afetada a segurança dos meus doentes.
17. Todo o pessoal na minha UCI assume responsabilidade pela segurança dos doentes.
18. A gerência do hospital não põe em causa, propositadamente, a segurança dos doentes.
19. O número de elementos nesta UCI são suficientes para lidar com o número de doentes.
20. A tomada de decisões nesta UCI implica a utilização de opiniões do pessoal relevante.

- 4
8
21. Este hospital incentiva o trabalho em equipa e a cooperação entre o respetivo pessoal.
 22. Sou incentivado(a) pelos meus colegas a denunciar quaisquer preocupações que possa ter em matéria de segurança dos doentes.
 23. A cultura nesta UCI facilita a aprendizagem com os erros dos outros.
 24. Este hospital lida, de uma forma construtiva, com pessoal problemático.
 25. O equipamento clínico nesta UCI é o adequado.
 26. Nesta UCI, é difícil falar acerca de algum problema que eu possa notar a nível dos cuidados do doente.
 27. Quando o meu volume de trabalho se torna excessivo, o meu desempenho fica prejudicado.
 28. São-me dadas informações adequadas e em tempo oportuno acerca de eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho.
 29. Já vi erros a serem cometidos por outros que poderiam prejudicar os doentes.
 30. Conheço os procedimentos certos para encaminhar questões relativamente à segurança dos doentes nesta UCI.
 31. Sinto orgulho por trabalhar neste hospital.
 32. Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente).
 33. Sou menos eficaz no serviço quando me sinto cansado(a).
 34. É mais provável eu cometer erros em situações hostis ou de tensão.
 35. O stress derivado de problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho.
 36. Tenho o apoio necessário de outros elementos na prestação de cuidados aos doentes.
 37. É fácil para os elementos do pessoal nesta UCI fazer perguntas quando surge algo que não entendem.
 38. As perturbações na continuidade de cuidados prestados (ex., mudanças de turnos, transferências de doentes, etc.) podem ser prejudiciais para a segurança dos doentes.
 39. Em situações de emergência, consigo prever o que os outros elementos do pessoal irão fazer a seguir.
 40. Aqui, os médicos e enfermeiros trabalham em conjunto, como equipa devidamente coordenada.
 41. Muitas vezes, não consigo mostrar desacordo com médicos/intensivistas nesta UCI.
 42. Volumes de trabalho muito grandes estimulam e melhoram o meu desempenho.
 43. O pessoal verdadeiramente profissional sabem deixar para trás os problemas pessoais quando está a trabalhar.
 44. O moral nesta UCI é elevado.
 45. Os formandos na minha disciplina são devidamente supervisionados.
 46. Conheço o nome e apelido de todos os elementos do pessoal com quem trabalhei durante o meu último turno.
- *O erro clínico define-se como sendo todo erro na prestação de cuidados, por qualquer profissional de saúde, independentemente do resultado.

VII. Favor responder indicar a response escolhida à direita de cada ponto, marcando a letra de acordo com a escala infra.

- >> A – Estou Muito em Desacordo
 B – Estou Ligeiramente em Desacordo
 C – Neutro
 D – Estou Ligeiramente de Acordo
 E – Estou Muito de Acordo

VIII.

47. Já cometi erros com o potencial para prejudicar os doentes.
48. Os médicos/intensivistas nesta UCI estão a fazer um bom trabalho.
49. O cansaço prejudica o meu desempenho em situações de emergência (ex. reanimação de urgência, convulsões).
50. O cansaço prejudica o meu desempenho na prestação de cuidados de rotina (ex., revisão de medicação, verificações dos ventiladores, ordens de transferência).
51. Se necessário, sei denunciar erros que ocorram nesta UCI.
52. Está a ser constantemente reforçada a segurança dos doentes como prioridade desta UCI.
53. As interações nesta UCI são as que se verifica entre colegas, e não hierárquicas.
54. As questões importantes são devidamente comunicadas aquando das mudanças de turno.
55. Nesta UCI, existe uma aderência generalizada às diretivas clínicas e aos critérios baseados em evidências.
56. O pessoal não é castigado por erros denunciados através de relatórios de incidentes.
57. A denúncia de erros é recompensada nesta UCI.
58. As informações obtidas através de relatórios de incidentes servem para tornar mais seguros os cuidados prestados aos doentes nesta UCI.
59. Em situações de emergência (ex., reanimações de urgência), o meu desempenho não é afetado por trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capaz.
60. O pessoal muitas vezes ignora os regulamentos ou as diretivas (ex., lavagem de mãos, protocolos de tratamento/processos clínicos, área estéril, etc.) estabelecidos para esta UCI.
61. São vulgares as quebras de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados.
62. São vulgares as quebras de comunicação que afetam negativamente os cuidados aos doentes.
63. Um sistema confidencial de denúncias que documente incidentes clínicos é benéfico para melhorar a segurança dos doentes.
64. Posso hesitar em utilizar um sistema para a denúncia de incidentes clínicos por recear ser identificado(a).
65. Alguma vez antes preencheu este questionário? sim não não sei

IX. Utilize a escalas para descrever a *qualidade de colaboração e comunicação* que já teve com:
(Muito Fraca / Fraca / Adequada / Elevada / Muito Elevada / Não se Aplica)

- Charge Nurse (Chefe de Enfermagem)
- Gerente de Enfermagem/Chefe de Enfermagem
- Enf. Cuidados Crit
- Enf Trabalho em Cuidados Crit
- Enf Assistente/Intensivista em Cuidados Crit
- Membro/Residente em Cuidados Crit
- Médico Assistente (Cli.)
- Médico Assistente (Cirur.)
- Farmacêutico
- Terapeuta Respiratório
- Ajudante/Assistente em Enfermagem
- Assis. Admin./Secretário Hospitalar
- Membro/Residente (Clínico)
- Membro/Residente (Cirúrgico)
- Outro (indicar): _____

X. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Sexo: Masculino Feminino

XI. Situação de Emprego na UCI

Full-time
Part-time
Agência
Contrato

XII. Grupo Étnico:

Hispanico
Negro (não Hispanico)
Branco (não Hispanico)
Asiático/Insular do Pacífico
Multi-étnico
Outro: _____

XIII. *Opcional* recolhido no âmbito de um estudo transcultural

Cidadania (ex., Canadiano, Filipino, EUA, etc.;

País de origem (se diferente);

XIV. Quantos anos de experiência possui nesta principal especialidade? ANOS

Turno Habitual
Manhã
Tarde
Noite
Turnos Variáveis

Há quantos anos trabalha nesta UCI (indique 00 se há menos de 1 ano)? ANOS

IDADE ATUAL – ANOS

XV. Para Médicos Assistentes

Em média, quantos doentes por mês admite a esta UCI?

6

XVI. COMENTÁRIOS: Quais são as três principais recomendações para melhorar a segurança do doente nesta UCI?

- 1.
- 2.
- 3.

Se precisar de mais espaço para escrever os seus comentários, utilize uma folha de papel em separado.

XVII. Obrigado por preencher o questionário -- Agradecemos a sua participação e o tempo despendido.

dia 27 de Janeiro de Janeiro de 2015

January 27th, 2015

O TRADUTOR / THE TRANSLATOR,

V. Almeida

ANEXO 5

Retro-tradução do SAQ – ICU version para a língua inglesa



**Bristol
School**

Instituto de Língua Inglesa

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que **John Sampaio Almeida**, portador do NIF nº 167555847, exerce funções de tradutor para este Instituto.

Por ser verdade e me ter sido pedido, mandei passar esta declaração por mim assinada e autenticada com o carimbo em uso neste Instituto.

O Director,

Dr. Rui E. L. Fonseca
 **BRISTOL
SCHOOL**
Instituto de Língua Inglesa
Av. República, 1622, 3º - Sala 7
4430 - 193 V. N. GAIA
Tel.: 223 792 002 • Fax: 223 722 350
e-mail: bsgaia@bristol.school.pt

Vila Nova de Gaia, 03 de Março de 2015.



**Bristol
School**

Instituto de Língua Inglesa

A

Questionnaire on Safety Matters (ICU Version)

I. ICU professional category (mark one only)

- Charge Nurse
- Nursing Manage/Head of Nursing
- Critical Care nurse
- Critical Care Work nurse
- Assistant Nurse/Critical Care Intensive Care Specialist
- Member/Critical Care resident
- Assistant doctor (CIL)
- Assistant doctor (Surgical)
- Pharmaceutical
- Respiratory Therapist
- Helper/Nursing Assistant
- Admin Assist./Hospital Secretary
- Member/Resident & Clinical)
- Member/Resident (Surgical)
- Other (indicate):

II. Type of ICU (mark only one):

Please answer this questionnaire concerning your ICU experience.

- Clinical/Surgical mix
- Clinical ICU
- Neonatal ICU
- Neurological ICU
- Surgical ICU
- Paediatric ICU
- Cardiac Surgery ICU
- Other (indicate):

III. Filling Instructions

- Only use a "number 2" pencil
- Completely erase all the answers you wish to change

Correct Mark
Incorrect Mark

Today's date: (mm/yy) _____

- IV.
- A-Strongly Disagree
 - B- Slightly Disagree
 - C-Neutral
 - D- Strongly Agree
 - E- Highly Agree

Please indicate the chosen response to the right of each point, marking the letter in accordance with the above scale.

V. SERIES – PLEASE DO NOT WRITE ON THIS AREA

VI.

1. In this ICU, the occurrence of large volumes of work is common.
2. I like my job.
3. The opinions of nurses are welcome in this ICU.
4. I would feel safe if I were treated as a patient here.
5. In this ICU, clinical errors are appropriately dealt with.
6. This hospital does good work in training new members of staff.
7. All the necessary information for the making of diagnostic decisions is regularly made available to me.
8. Working at this hospital makes me feel that I belong to a large family.
9. The hospital's administration is doing a good job.
10. This hospital's administration supports my everyday efforts.
11. I receive adequate feedback related to my work.
12. At this ICU, it is difficult to talk about mistakes.
13. Briefings (for example, reports on patients in shift changes) are important for safety.
14. Detailed briefings are common at this ICU.
15. This hospital is a good place to work.
16. When I am interrupted, my patients' safety is not affected.
17. All the staff at my ICU takes responsibility for patient safety.
18. The hospital management does not purposefully jeopardize patients' safety.
19. The number of members of staff at this ICU is enough to deal with the number of patients.
20. The making of decisions at this ICU implies using the opinions of relevant staff.
21. This hospital encourages team work and cooperation among staff.
22. I am encouraged by my colleagues to report any concerns I may have in patient safety matters.
23. The culture at this ICU facilitates learning from other people's mistakes.
24. This hospital deals with problem staff in a constructive manner.
25. The clinical equipment at this ICU is the appropriate one.
26. At this ICU, it is difficult to talk about any problem that I may notice regarding patient care.
27. When my work load becomes excessive, my performance is affected.
28. Appropriate and timely Information regarding events at the hospital which may affect my work, is provided to me.
29. I have seen mistakes being made by others which may harm patients.
30. I know the right procedures to redirect patient safety questions at this ICU.
31. I am proud to work at this hospital.
32. Any difference of opinion at this ICU is resolved adequately (the point being not who is right, but the patient's best interest).
33. I am less effective at work when I feel tired.
34. I am more likely to make mistakes when in hostile or tense situations.
35. Stress derived from personal problems negatively affects my performance.
36. I have the necessary support from other staff members to give patient care.
37. It is easy for members of staff at this ICU to ask questions when something arises that they do not understand.
38. The disruptions in the continuity of care given (e.g., shift changes, patient transfer, etc) can be harmful for patients.
39. In emergency situations, I can predict what other members of staff will do next.
40. Here, doctors and nurses work together, as a duly coordinated team.
41. Often, I cannot show disagreement with doctors/intense care specialists at this ICU.
42. Very big workloads stimulate and improve my performance.

43. Truly professional staff know how to leave personal problems behind, when working.
44. Morale is high at this ICU
45. Trainees in my discipline are well supervised.
46. I know the name and surname of all members of staff with whom I worked during my last shift.
* clinical error is defined as all error in care, by any health professional, no matter the result.

VII. Please indicate the chosen response to the right of each point, marking the letter in accordance with the scale below.

- A – Strongly Disagree
B – Slightly Disagree
C – Neutral
D – Slightly Agree
E – Strongly Agree

VIII.

47. I have made mistakes which could potentially harm patients.
48. The doctors/intensive care specialists at this ICU are doing a good job.
49. Tiredness hinders my performance in emergency situations (e.g., emergency reanimation, convulsions).
50. Tiredness hinders my performance in routine care (e.g., medication check, respirator check, transfer orders)
51. Patient safety is constantly being reinforced as a priority at this ICU.
53. Interactions at this ICU are between colleagues, and not hierarchical.
54. Important issues are duly communicated at shift change.
55. At this ICU, there is a generalized adherence to clinical directives and evidence-based criteria.
56. Staff is not punished for mistakes reported in incident reports.
57. Reporting of mistakes is not rewarded at this ICU.
58. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer at this ICU.
59. In emergency situations (e.g., emergency reanimation), my performance is not affected by working with inexperienced or less qualified staff.
60. Staff often ignore the rules or directives (eg., hand washing, treatment protocol/clinical procedure, sterile area), established at this ICU.
61. Communication breakdown which leads to delays in patient care is common.
62. Communication breakdown which negatively affects patient care is common.
63. A confidential reporting system which documents clinical incidents is beneficial to improve patient safety.
64. I may hesitate in using a system for the reporting of clinical incident for fear of being identified.
65. Have you filled in this questionnaire before? Yes No I don't know

IX. Use the scale to describe the quality of collaboration and communication that you have had with:
(Very Low/Low/Adequate/High/Very High/Not Applicable)

- Charge Nurse
- Nursing Manager/Head of Nursing
- Critical Care nurse
- Critical Care Work Nurse
- Assistant Nurse/Critical Care Intensive Specialist
- Member/Critical Care resident
- Assistant doctor (CIC)
- Assistant doctor (Surgical)
- Pharmaceutical
- Respiratory Therapist
- Helper/Nursing Assistant
- Admin Assist./Hospital Secretary
- Member/Resident & Clinical
- Member/Resident (Surgical)
- Other (indicate):

X. ADDITIONAL INFORMATION

Gender: Male Female

XI. Job Situation at the ICU

- Full-time
- Part-time
- Agency
- Contract

XII. Ethnic Group

- Hispanic
- Black (Non-Hispanic)
- White (Non-Hispanic)
- Asian/Pacific Islander
- Multi-Ethnic
- Other: _____

XIII. *Optional* collected within the scope of a trans-cultural study

Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc);

Country of Origin (if different);

XIV. How many years of experience do you possess in this specialty? YEARS

XIV. How many years of experience do you possess in this specialty? YEARS

Usual Shift

Morning

Afternoon

Night

Variable Shifts

For how many years have you worked at this ICU (indicate 00 if less than 1 year)? YEARS

CURRENT AGE – YEARS

XV. For Assistant Doctors

On average, how many patients do you admit per month to this ICU?

XVI. COMMENTS: Which are the three main recommendations to improve patient safety at this ICU?

1.

2.

3.

If you need more space to write your comments, use a separate sheet of paper.

XVII. Thank you for filling in the questionnaire – We appreciate your participation and time spent.

The translator:

(John Sampaio Almeida)

John Sampaio Almeida
Travessa da Rasa, 161 Hab.98
4400-275 Vila Nova de Gaia
NIF: 167555847

ANEXO 6

Safety Attitudes Questionnaire – ICU version – Tradução portuguesa

Atitudes de Segurança em Cuidados Intensivos

Questionário

O meu nome é Ricardo Águas e estou a realizar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação das Professoras Doutoras Clara Araújo e LaSalette Soares.

A área do meu trabalho é a percepção que os enfermeiros têm sobre a segurança dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Defini como objetivos saber de que forma é percebida a segurança dos doentes, pelos enfermeiros, bem como avaliar a conceptualização dos aspetos com ela relacionada em contexto de cuidados intensivos.

Para isso gostaria que respondesse a este questionário de forma a validá-lo para a população portuguesa e avaliar as suas propriedades psicométricas.

Este questionário demorará cerca de 10 minutos a ser completado, é anónimo e fica assegurada a confidencialidade das respostas dadas.

Os dados daqui recolhidos serão tratados com todo o rigor inerente a um trabalho de natureza científica, sendo posteriormente publicados e disponíveis a todos os interessados.

Agradeço desde já a disponibilidade e tempo despendido.

Contacto: Ricardoaguasm@gmail.com

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Não escrever neste espaço

Por favor assinale a resposta que melhor o(a) caracteriza com uma cruz (X).
No caso das respostas em anos ou horas, coloque o valor numérico que o representa. Obrigado.

<p>IDADE</p> <p><input type="text"/> Anos</p>	<p>SEXO</p> <p><input type="text"/> Feminino</p> <p><input type="text"/> Masculino</p>
<p>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</p> <p><input type="text"/> Especialização em Enfermagem</p> <p><input type="text"/> Pós-Graduação</p> <p>Outra <input type="text"/></p>	<p>DESENVOLVE ATIVIDADE PROFISSIONAL EM OUTRA INSTITUIÇÃO</p> <p><input type="text"/> Sim</p> <p><input type="text"/> Não</p>
<p>CATEGORIA PROFISSIONAL</p> <p><input type="text"/> Enfermeiro</p> <p><input type="text"/> Enfermeiro Principal</p> <p><input type="text"/> Enfermeiro Graduado</p> <p><input type="text"/> Enfermeiro Especialista</p> <p><input type="text"/> Enfermeiro Gestor / Funções de Chefia</p> <p><input type="text"/> Enfermeiro Chefe</p> <p>Outra <input type="text"/></p>	<p>VÍNCULO PROFISSIONAL</p> <p><input type="text"/> Contrato Trabalho Funções Públicas</p> <p><input type="text"/> Contrato a Termo Certo</p> <p><input type="text"/> Contrato por Tempo Indeterminado</p> <p><input type="text"/> Contrato Administrativo de Provimento</p> <p><input type="text"/> Contrato Individual de Trabalho</p>
<p>TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</p> <p><input type="text"/> Anos</p>	<p>TOTAL DE HORAS SEMANAIS QUE TRABALHA COMO ENFERMEIRO(A)</p> <p><input type="text"/> Horas</p>
<p>TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NESTA UCI</p> <p><input type="text"/> Anos</p>	<p>REGIME DE TRABALHO</p> <p><input type="text"/> Horário Fixo</p> <p><input type="text"/> Horário Rotativo</p>

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Use caneta preta ou azul.
- Preencha o círculo que pretende corresponder à sua resposta.
- Para desmarcar a sua resposta coloque uma cruz e escolha outra opção.

● Forma correta
✗ No caso de engano

A	Discordo completamente
B	Discordo parcialmente
C	Não concordo nem discordo
D	Concordo parcialmente
E	Concordo completamente

Concordo completamente
Concordo parcialmente
Não concordo nem discordo
Discordo parcialmente
Discordo completamente



1	Nesta UCI é comum a ocorrência de elevados volumes de trabalho.	A	B	C	D	E
2	Gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E
3	As opiniões dos enfermeiros são bem recebidas nesta UCI.	A	B	C	D	E
4	Sentia-me seguro a ser tratado aqui, como paciente.	A	B	C	D	E
5	Nesta UCI lida-se de forma apropriada com os erros clínicos.	A	B	C	D	E
6	Este hospital faz um bom trabalho na formação de novos elementos.	A	B	C	D	E
7	São regularmente disponibilizadas todas as informações necessárias para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas.	A	B	C	D	E
8	Trabalhar neste hospital faz-me sentir que faço parte de uma grande família.	A	B	C	D	E
9	A administração deste hospital está a fazer um bom trabalho.	A	B	C	D	E
10	A administração deste hospital apoia os meus esforços no dia-a-dia.	A	B	C	D	E
11	Recebo feedback adequado acerca do meu desempenho.	A	B	C	D	E
12	Nesta UCI é difícil falar acerca de erros.	A	B	C	D	E
13	Os briefings (ex. relatórios sobre os doentes aquando da mudança de turno) são importantes para a segurança do doente.	A	B	C	D	E
14	Briefings pormenorizados são comuns nesta UCI.	A	B	C	D	E
15	Este hospital é um bom lugar para trabalhar.	A	B	C	D	E
16	Quando me interrompem não fica afetada a segurança dos meus doentes.	A	B	C	D	E
17	Todo o pessoal na minha UCI assume responsabilidade pela segurança dos doentes.	A	B	C	D	E
18	A Administração deste hospital não põe em causa, propositadamente, a segurança dos doentes.	A	B	C	D	E
19	O número de elementos nesta UCI são suficientes para lidar com o número de doentes.	A	B	C	D	E
20	A tomada de decisões nesta UCI implica a utilização de opiniões de pessoal relevante.	A	B	C	D	E
21	Este hospital incentiva o trabalho em equipa e a cooperação entre o respetivo pessoal.	A	B	C	D	E
22	Sou incentivado(a) pelos meus colegas a denunciar quaisquer preocupações que possa ter em matéria de segurança dos doentes.	A	B	C	D	E
23	A cultura nesta UCI facilita a aprendizagem com os erros dos outros.	A	B	C	D	E
24	Este hospital lida, de uma forma construtiva, com pessoal problemático.	A	B	C	D	E
25	O equipamento clínico nesta UCI é o adequado.	A	B	C	D	E
26	Nesta UCI é difícil falar acerca de algum problema que eu possa notar a nível dos cuidados do doente.	A	B	C	D	E
27	Quando o meu volume de trabalho se torna excessivo, o meu desempenho fica prejudicado.	A	B	C	D	E
28	São dadas informações adequadas e em tempo oportuno acerca de eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho.	A	B	C	D	E
29	Já vi erros a serem cometidos por outros que poderiam prejudicar os doentes.	A	B	C	D	E
30	Conheço os procedimentos certos para encaminhar questões relativamente à segurança dos doentes nesta UCI.	A	B	C	D	E

31	Sinto orgulho por trabalhar neste hospital.	A	B	C	D	E	
32	Quaisquer divergências nesta UCI são resolvidas de modo adequado (não se tratando de quem tem razão, mas do que é melhor para o doente).	A	B	C	D	E	
33	Sou menos eficaz no serviço quando me sinto cansado(a).	A	B	C	D	E	
34	É mais provável eu cometer erros em situações hostis ou de tensão.	A	B	C	D	E	
35	O stress derivado de problemas pessoais afeta negativamente o meu desempenho.	A	B	C	D	E	
36	Tenho o apoio necessário de outros elementos na prestação de cuidados aos doentes.	A	B	C	D	E	
37	É fácil para os profissionais nesta UCI fazerem perguntas quando surge algo que não entendem.	A	B	C	D	E	
38	As perturbações na continuidade de cuidados prestados (ex. mudanças de turnos, transferências de doentes, etc.) podem ser prejudiciais para a segurança dos doentes.	A	B	C	D	E	
39	Em situações de emergência, consigo prever o que os outros irão fazer a seguir.	A	B	C	D	E	
40	Nesta UCI os médicos e enfermeiros trabalham em conjunto, como equipa devidamente coordenada.	A	B	C	D	E	
41	Muitas vezes não consigo mostrar desacordo com médicos/intensivistas nesta UCI.	A	B	C	D	E	
42	Volumes de trabalho muito grandes estimulam e melhoram o meu desempenho.	A	B	C	D	E	
43	O pessoal verdadeiramente profissional sabe deixar para trás os problemas pessoais quando está a trabalhar.	A	B	C	D	E	
44	O moral nesta UCI é elevado.	A	B	C	D	E	
45	Os formandos na minha profissão são devidamente supervisionados.	A	B	C	D	E	
46	Conheço o nome e apelido de todos os profissionais com quem trabalhei durante o último turno.	A	B	C	D	E	
47	Já cometi erros com potencial para prejudicar os doentes.	A	B	C	D	E	
48	Os médicos/intensivistas nesta UCI estão a fazer um bom trabalho.	A	B	C	D	E	
49	O cansaço prejudica o meu desempenho em situações de emergência (ex. reanimação, convulsões).	A	B	C	D	E	
50	O cansaço prejudica o meu desempenho na prestação de cuidados de rotina (ex. revisão de medicação, verificações dos ventiladores, ordens de transferência).	A	B	C	D	E	
51	Se necessário, sei como denunciar erros que ocorram nesta UCI.	A	B	C	D	E	
52	Está a ser constantemente reforçada a segurança dos doentes como prioridade desta UCI.	A	B	C	D	E	
53	As interações nesta UCI são as que se verificam entre colegas e não hierárquicas.	A	B	C	D	E	
54	As questões importantes são devidamente comunicadas aquando das mudanças de turno.	A	B	C	D	E	
55	Nesta UCI existe uma aderência generalizada às diretivas clínicas e aos critérios baseados em evidências.	A	B	C	D	E	
56	O pessoal não é castigado por erros denunciados através de relatórios de incidentes.	A	B	C	D	E	
57	A denúncia de erros é recompensada nesta UCI.	A	B	C	D	E	
58	As informações obtidas através de relatórios de incidentes servem para tornar mais seguros os cuidados prestados aos doentes nesta UCI.	A	B	C	D	E	
59	Em situações de emergência (ex. reanimações) o meu desempenho não é afetado por trabalhar com pessoal inexperiente ou menos capaz.	A	B	C	D	E	
60	O pessoal muitas vezes ignora os regulamentos ou as diretivas (ex. lavagem de mãos, protocolos de tratamento/processos clínicos, área estéril, etc.) estabelecidos para esta UCI.	A	B	C	D	E	
61	São vulgares as quebras de comunicação que conduzem a atrasos na prestação de cuidados.	A	B	C	D	E	
62	São vulgares as quebras de comunicação que afetam negativamente os cuidados aos doentes.	A	B	C	D	E	
63	Um sistema confidencial de denúncias que documente incidentes clínicos é benéfico para melhorar a segurança dos doentes.	A	B	C	D	E	
64	Posso hesitar em utilizar um sistema para a denúncia de incidentes clínicos por recear ser identificado(a).	A	B	C	D	E	
65	Alguma vez antes preencheu este questionário?	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não sei	<input type="radio"/>

66 Utilize a escala para descrever a qualidade de colaboração e comunicação que já teve com:

A	Muito Fraca									
B	Fraca									
C	Adequada									
D	Elevada									
E	Muito Elevada									
X	Não se Aplica									

Enfermeira(o)	A	B	C	D	E	X
Enfermeira(o) Chefe	A	B	C	D	E	X
Enfermeiro(a) Especialista (médico cirúrgica / doente crítico)	A	B	C	D	E	X
Enfermeiro(a) Especialista (reabilitação)	A	B	C	D	E	X
Médico Intensivista	A	B	C	D	E	X
Médico Interno	A	B	C	D	E	X
Médico Especialista (Cirurgia, Neurocirurgia, Cardiologia e outros)	A	B	C	D	E	X
Assistente Operacional	A	B	C	D	E	X
Administrativo(a)	A	B	C	D	E	X
Farmacêutico(a)	A	B	C	D	E	X
Outro (indicar): _____	A	B	C	D	E	X

67 Como classifica a UCI onde trabalha?

☐ Polivalente

☐ Médica

☐ Cirúrgica

☐ _____

[Coloque uma cruz (X) na opção que melhor caracteriza o local onde trabalha]

Quais são as suas três principais recomendações para melhorar a segurança do doente nesta UCI?

1. _____
2. _____
3. _____

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Pedido de autorização para o uso do SAQ – ICU version



Ricardo Águas <ricardoaguasm@gmail.com>

Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)

Ricardo Águas <ricardoaguasm@gmail.com>
Para: Eric.Thomas@uth.tmc.edu

14 de dezembro de 2014 às 20:39

Dear Professor Dr. Eric Thomas,

My name is Ricardo Águas and I am a Master's student at Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde (www.ess.ipvc.pt) , Portugal.

I am currently working in my dissertation about Error and Patient Safety in Intensive Care Units with the precious help from my major professors: Professor Dra. Clara Araújo (Claraaraujo@ess.ipvc.pt) and Professor Dra. Salete Soares (saletesoares@ess.ipvc.pt).

I am contacting you about all the work and investigation you have been doing in this field. We are very interested in using your "Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)" in our work, for beeing widely adopted and because we think has very good properties in intensive care units.

So, I would like to ask for your permission to:

- Translate the "Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)" to portuguese language
- Adapt and validate the questionnaire for the portuguese population
- Apply the questionnaire in the intensive care units I intend to study
- Analyze the data collected

Thank you very much for your time.

Kind Regards,